

**LAS RELACIONES DEL GRUPO DE CUIDADO DE LA  
SALUD CON EL PACIENTE  
ESTUDIO MEDIANTE LAS REPRESENTACIONES  
SOCIALES**

**Marco Orlando Vargas Olano**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EDUCATIVAS**

**CEAD DUITAMA**

**2005**

**LAS RELACIONES DEL GRUPO DE CUIDADO DE LA  
SALUD CON EL PACIENTE  
ESTUDIO MEDIANTE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

**Marco Orlando Vargas Olano**

Trabajo de grado para optar por el título de: Psicólogo Social Comunitario

Asesores de investigación:  
Rosa María Estupiñán. Psicóloga  
Pedro Alvarez. Filósofo

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EDUCATIVAS

CEAD DUITAMA

*2004*

El trabajo ha sido aceptado como requisito para optar el título de Psicólogo Social Comunitario

Jurado \_\_\_\_\_

Jurado \_\_\_\_\_

Director \_\_\_\_\_

*Dedicado a:*

La pequeña tribu que hemos creado con Miryam: Tamanaé, Fanaia y Nimsuc.

A mis padres

Y a las personas que son la razón de ser de este esfuerzo: los pacientes.

### *Agradecimientos:*

A mis tutores, en particular a los asesores de investigación.

A todos los trabajadores -mis compañeros- de la Clínica Boyacá de Duitama.

# INDICE

1. Descripción del problema	pg. 1
2. Planteamiento del problema	pg. 4
3. Formulación del problema	pg. 8
4. Justificación	pg. 8
5. Objetivos	pg. 11
5.1 General	pg. 11
5.2 Específicos	pg. 11
6. Marco referencial	pg. 12
6.1 Histórico situacional	pg. 12
6.1.1 Ambito Nacional	pg. 12
6.1.2 Ambito Sectorial	pg. 14
6.1.3 Ambito Local	pg. 19
6.2 Teórico	pg. 29
6.2.1 La Representaciones Sociales	pg. 29
6.2.2 La Comunicación	pg. 46
6.2.3 Redes Sociales	pg. 76
6.2.4 La Afectividad	pg. 84
6.3 Conceptual	pg. 94
7. Perspectiva, enfoque y tipo de investigación	pg. 101
8. Metodología	pg. 103
8.1 Estrategias metodológicas	pg. 103
8.1.1 Métodos de investigación	pg. 104
8.1.1.1 Etnografía	pg. 105
8.1.1.2 I A P	pg. 105
8.1.1.3 Teoría Fundamentada en datos	pg. 107
8. 2 Técnicas de recolección de datos	pg. 108
8.2.1 Grupos de discusión	pg. 108
8.2.2 Observación Participativa	pg. 111
8.3 Instrumentos de recolección de datos	pg. 112
8.3.1 Diarios de Campo	pg. 112
8.3.2 Grabaciones De Audio Grupos De Discusión	pg. 113
8.4 Procedimientos	pg. 113
9. Técnicas de análisis de la información	pg. 114
9.1 Análisis de los datos	pg. 114
9.2 Análisis del contenido	pg. 115
9.3 Análisis del discurso	pg. 116

10. Presentación de resultados	pg. 123
10.1 Categorías Acerca Del Paciente	pg. 124
10.1.1 Características del paciente	pg 124
10.1.2 Relaciones	pg. 129
10.1.3 Características del trabajador de la salud	pg. 131
10.2 Categorías acerca de la comunicación	pg. 135
10.2.1 Categorías	pg. 135
10.2.2 Definición y concepto	pg. 135
10.2.3 Clasificación	pg. 136
10.2.4 Objetivos y propósitos de la comunicación	pg. 137
10.2.5 Contenidos de la comunicación	pg. 138
10.2.6 Factores que la influyen	pg. 138
10.2.7 Características	pg. 144
11. Análisis y discusión	pg. 108
11.1 La Representación Social del paciente en una IPS de segundo nivel	pg. 108
11.2 La Representación Social construida	pg. 110
11.3 Las relaciones	pg. 115
11.4 La Comunicación en una IPS de segundo nivel	pg. 120
11.5 Papel de las instituciones, organizaciones y roles	pg. 124
11.6 El lugar de lo afectivo	pg. 127
11.7 Y los trabajadores de la salud?	Pg. 128
12. Conclusiones y recomendaciones	pg. 130
12.1 Sobre las Representaciones Sociales	pg. 130
12.2. Las representaciones sociales en investigación	pg. 131
12.3 Consecuencias de esta investigación	pg. 132
12.3.1 En la conciencia de los trabajadores	pg. 132
12.3.2 Aplicaciones prácticas	pg. 133
12. Intervenciones	pg. 136
14. Anexos	pg. 141
15. Referencias	pg. 149

## Lista de cuadros

Pg.

16	Cuadro 1. Auge del contributivo, nacimiento del subsidiado
16	Cuadro 2. Crisis del contributivo, desarrollo del subsidiado
17	Cuadro 3. Cartera Hospitalaria
90	Cuadro 4. Categorización resultante del análisis de contenido de los grupos de discusión sobre el paciente
92	Cuadro 5. Sentimientos y sensaciones, actitudes y motivaciones atribuidos al paciente
94	Cuadro 6. Motivaciones del paciente según la percepción de los miembros de un grupo de cuidado de salud.



## Lista de figuras

Pg. 109 Figura 1. Representación social del paciente

## Lista de anexos

ANEXO 1. Esquema del diario de campo utilizado

ANEXO 2. Ejemplo de análisis de enunciados

ANEXO 3. Declaración de derechos y deberes de los pacientes de la Clínica Boyacá

ANEXO 4. Resultados de Encuestas de satisfacción de pacientes Clínica Boyacá.

## GLOSARIO

ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO (ARS). Entidades responsables de la afiliación, registro de afiliados y administración de los recursos. en el régimen contributivo Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a sus afiliados.

CAMBIO SOCIAL: “Es el movimiento de re – creación permanente de la existencia colectiva” ( Sawaia, citado en Montero, 2004). Hay que agregar que el cambio persigue una mejora en la calida de vida de esos colectivos.

CLIENTE: beneficiario y/o destinatario de un bien o servicio, cuyo derecho adquiere merced a un valor pagado por el mismo.

COMUNICACIÓN: Poner en común, es decir, compartir con los demás información de todo tipo: emociones, ideas, conceptos, advertencias, necesidades, órdenes, etcétera.

COMUNIDAD: “Grupo social dinámico, histórica y culturalmente constituido y desarrollado, pre existente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación frecuente, marcada por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información, genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando conciencia de sí y fortaleciendo su capacidad de organizarse como unidad social y como potencialidad, desarrollando y empelando recursos para lograr sus fines” ”. (Montero; 2004)

DISCURSO: El término "discurso" no se circunscribe al lenguaje oral o escrito, sino se refiere a la relación actual entre un conjunto de signos de distinta naturaleza pertenecientes a un determinado contexto.

EMOCIONES: “Conjunto de guiones socialmente compartidos compuestos de procesos fisiológicos y que se expresan subjetivamente a través de comportamientos, que adaptan y ajustan a su entorno socio cultural y semiótico inmediato” (Kitayama y Markus citados en Montero 2004)

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS): Entidades responsables de la afiliación, registro de afiliados y recaudo de las cotizaciones. en el régimen contributivo Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a sus afiliados

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE BENEFICIOS DE SALUD (E A B S): Nombre genérico que ha hecho carrera para denominar a los intermediarios (EPS,

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD (IPS) : Organizaciones encargadas de prestar los servicios de salud de acuerdo a su nivel de atención correspondiente, a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios de la ley.

MATERIALISMO DIALÉCTICO: La dialéctica es la ciencia de las leyes generales del movimiento, tanto del mundo externo cuanto del pensamiento humano. “enfoca las cosas y su imágenes conceptuales, sustancialmente, en sus conexiones mutuas, en su entronque y concatenación, en su dinámica, en su proceso de génesis y caducidad” . Materialismo: Sus fundamentos son: El mundo es algo material; la materia la naturaleza, el ser, son realidades objetivas; son realidades cognoscibles.

PARTICIPACIÓN: “Proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (Montero, 2004).

**PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA:** paradigma de la psicología que centrada en el “desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas, estudia para ello las relaciones de poder y control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en el ámbito latinoamericano ...se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social ...” (Montero, 2004;). Para esta autora es la forma que toma el desarrollo de la psicología social en Latinoamérica.

**PERSONA:** En el contexto presente hace referencia al ser humano en sus dimensiones emotiva, cognitiva, social y espiritual, poseedor de derechos innatos, capaz de reflexionar y actuar.

**REGIMEN CONTRIBUTIVO:** “Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.” (Cartilla de Seguridad Social Integral en Colombia, 2002).

**REGIMEN SUBSIDIADO:** “Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley” (Cartilla de Seguridad Social Integral en Colombia, 2002).

**RELACION:** Conjunto de acciones y modificaciones que se suceden al entrar en contacto dos entidades., biológicas o sociales, y que ocurren de manera recíproca.

**RELACION DE AYUDA:** Se entiende por relación de ayuda aquella que promueve cambios constructivos en lo cognoscitivo, afectivo y conductual de las personas fundada

en una visión positiva de sus cualidades y recursos.

REPRESENTACIÓN SOCIAL: “las formas de conocimiento, colectivamente elaboradas y compartidas, con una orientación práctica y permanentemente actualizable, y que determinan la forma común en la que los diferentes grupos humanos construyen e interpretan su realidad y la de otros colectivos”.

## RESUMEN ANALITICO

Título: Las Relaciones Grupo De Cuidado De La Salud - Paciente

Abordaje Mediante Las Representaciones Sociales Sobre El Paciente De Los Integrantes De Una Organización Hospitalaria

Autor: Vargas Olano Marco Orlando

Palabras clave: representación social, relaciones, comunicación, grupo de salud, paciente, persona, cliente, relación de ayuda.

Descripción: La perspectiva de esta investigación es cualitativa, enmarcada dentro del enfoque científico histórico hermenéutico, adoptando los tipos de investigación etnográfica e investigación acción participativa (ó investigación acción reflexión).

Se pretende describir, interpretar, comprender y modificar aspectos de las relaciones que se dan en un ámbito hospitalario entre los funcionarios de la institución (médicos y otros profesionales del área de la salud, enfermeras, personal administrativo y de apoyo) y entre ellos y los usuarios (pacientes del mismo). La manera de emprender este análisis es construyendo la Representación Social que tienen los trabajadores (a los que se define como Grupo de cuidado de la salud) sobre el paciente. Así se develan elementos característicos que hacen parte de dicha relación y factores la están incidiendo.

Fuentes: La observación es el pilar de toda investigación y en particular de la que sucede en las ciencias sociales, en este caso por la situación del investigador y los objetivos iniciales del estudio se hace uso de la observación participante. Su instrumento son los diarios de campo.

La organización donde se efectuó la investigación acostumbra a realizar reuniones periódicas por áreas o sectores; que constituyen un espacio y un momento privilegiado para discutir, compartir y reflexionar sobre las experiencias comunes transformándolas en grupos de discusión.

Documentos tipo actas, formulación de la planeación estratégica, quejas y sugerencias de los pacientes y usuarios, fueron también utilizados para este trabajo.

*Metodología: A la información obtenida se le hizo un Análisis del Contenido (mediante un desglose, ordenamiento o normalización y categorización) cuya hipótesis directiva es que existen en un texto o corpus de textos, indicadores o palabras claves que tienen carácter de categorías interpretativas a priori, mediante cuya identificación se alcanza una caracterización contrastada de los productores de tales textos, o como es el caso, de alguna de sus representaciones.*

Este concepto nos traslada a otro tipo de metodologías que lo superan en cuanto a sus pretensiones interpretativas, ya que las mismas centran sus esfuerzos en descubrir o revelar el sentido subyacente de los discursos (de ahí su nombre: análisis del discurso) a diferencia del análisis de contenido que busca establecer conexiones existentes entre el nivel sintáctico y los niveles semántico y pragmático de los textos. Las metodologías de análisis del discurso utilizan teorías abarcadoras como el materialismo dialéctico, el psicoanálisis, el estructuralismo, como marco interpretativo. El análisis de contenido es una técnica básicamente analítica, en tanto para el análisis del discurso lo relevante es lo interpretativo. Se establece una relación entre el análisis de contenido y el análisis del discurso según la cual la teoría analítica, definidora de la metodología de análisis de contenido, debe servir a la interpretación la cual dará los resultados finales de la investigación. En otras palabras, una sirve a la otra y esta última realiza a la primera.



El resultado inmediato de estos análisis es construir la representación social sobre el paciente, la cual se constituye en un “puente” o medio para, finalmente, hacer visibles y poder examinar las relaciones entre los trabajadores de la salud y los pacientes.

Contenido: Se indaga la dinámica de las relaciones existentes entre los pacientes y el conjunto de personas que laboran en organizaciones de salud de segundo nivel (hospitalario) del sector privado, en una ciudad intermedia de Colombia. La manera de emprender este análisis es construyendo la Representación Social que tienen los trabajadores (a los que se define como Grupo de cuidado de la salud) sobre el paciente. Así se develan elementos característicos que hacen parte de dicha relación y factores que inciden en ella. Las características relevantes son la complejidad y dificultad, el polimorfismo

Sus componentes destacados son la comunicación, la afectividad

Finalmente, muchos factores la modulan: de manera notable los externos como el Sistema de Salud y la estructuración que le ha dado a las organizaciones que lo componen y a la interacción entre ellas, el entorno inmediato (sitio donde se realizan los intercambios o área funcional, hora, aspectos locativos), condiciones inherentes a la condición de paciente (personalidad, expectativas, ansiedad, temor, dolor, grado de conocimiento del sistema de salud y de la enfermedad, tipo de afiliación, estrato socioeconómico, entre otros), del trabajador de la salud (rol que desempeña, volumen de trabajo, horario de trabajo, motivación e intereses). La reconstrucción de la Representación sobre el paciente mostró un polimorfismo donde resaltan dos figuras: una persona enferma y/o necesitada de una y un cliente.

Conclusiones: La reconstrucción de la Representación sobre el paciente mostró una figura dual que corresponde a los cambios en el enfoque de la salud y a la influencia de la ideología dominante de tipo mercantilista: por una parte se ve como una persona enferma y/o necesitada de una ayuda susceptible de encontrar en el personal del área de la salud y de otra como un cliente que hace uso de un bien adquirido en una relación típicamente comercial. Con la primera imagen es probable una relación de ayuda, mas personal y humana; con la segunda hay tendencia al conflicto.

La utilización de una R. S. como “puente” o medio, para analizar unas relaciones específicas (que hubiese podido obviarse y detectar, describir y analizar las relaciones en cuestión directamente a partir de la observación y de grupos de discusión), permitió capturar un elemento importante: el paciente como referente del sentido del quehacer de quienes laboran en salud. Así mismo se pone de presente la utilidad de las representaciones sociales, ya no como objeto, sino como metodología de investigación.

La metodología empleada favoreció una reflexión sobre lo que se hace, como, porque, y como mejorar. De hecho los grupos participantes en el estudio ubican problemas y proponen soluciones. Entre sus conclusiones merecen destacarse:

Reconocer al otro en su individualidad y particularidad, para pretender reciprocidad y así lograr un entendimiento sobre la base del respeto y consideración mutuos; identificar el papel de ayuda que connota la labor del personal de salud y que informa a la relación con los pacientes y sostener el criterio de ayuda y solidaridad, que deben llevar a la cooperación, grupo de salud - paciente.

## SINTESIS O ABSTRATC

Se indaga la dinámica de las relaciones existentes entre los pacientes y el conjunto de personas que laboran en organizaciones hospitalarias privadas de segundo nivel en una ciudad intermedia de Colombia. La manera de emprender este análisis es construyendo la Representación Social que tienen los trabajadores (a los que se define como Grupo de cuidado de la salud) sobre el paciente. Así se develan elementos característicos que hacen parte de dicha relación y factores que inciden en ella. Las características relevantes son la complejidad y dificultad, el polimorfismo. Sus componentes destacados son la comunicación y la afectividad

Finalmente, muchos factores la modulan: de manera notable los externos como el Sistema de Salud y la estructuración que le ha dado a las organizaciones que lo componen y a la interacción entre ellas, el entorno inmediato (sitio donde se realizan los intercambios o área funcional, hora, aspectos locativos), condiciones inherentes a la condición de paciente (personalidad, expectativas, ansiedad, temor, dolor, grado de conocimiento del sistema de salud y de la enfermedad, tipo de afiliación, estrato socioeconómico, entre otros), del trabajador de la salud (rol que desempeña, volumen de trabajo, horario de trabajo, motivación e intereses). La reconstrucción de la Representación sobre el paciente mostró una figura dual que corresponde a los cambios en el enfoque de la salud y a la influencia de la ideología dominante de tipo mercantilista: por una parte se ve como una persona enferma y/o necesitada de una ayuda susceptible de encontrar en el personal del área de la salud y de otra como un cliente que hace uso de un bien adquirido en una relación típicamente comercial. Con la primera imagen es probable una relación de ayuda, mas personal y humana; con la segunda hay tendencia al conflicto.

## ABSTRACT

It is inquired the dynamic of relationships between patients and the set of people who work at second level privated hospital organizations, in a intermediate city of Colombia.

The construction of worker's Social Representations about their patients, called health care group, is the way how start this analysis. In this way, the elements of this relationship and the factors that lapse into it, are reveal. The outstanding characteristics are complexity, difficulty and poliformism.

Their prominent components, are: comunicacion and affectivity.

Finally, many factors modulate this relationship: in a remarkable way the external agents, the health system, its structuring given by the organizations that compouse it, their interactions, immediate surroundings (place or functional area where all the exchanges are made, schedules and locatives aspects), inherent conditions toward patient condition (personality, expectations, anxiety, fear, pain, knowledge degree of heath system and disease, type of affiliation, social - economic layer, among others), about health worker (roll that carries out, volume of work, work schedule, motivations and interests).

The reconstruction of Representation about patient, showed a dual figure that corresponds to the changes in the approach of health, and the influence of a mercantilist dominant ideology: in one way the patient looks like a ill person or needed of one helps. In the other way, like a client who buys merchandise.

The relationship with first figure could be "assistance relationship", with the second one is more like a "comercial relationship".

# **LAS RELACIONES DEL GRUPO DE CUIDADO DE LA SALUD CON EL PACIENTE ESTUDIO MEDIANTE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

Una vieja definición dice: “la Medicina es una ciencia difícil, un arte delicado, y un humilde oficio”.

## **1. INTRODUCCIÓN**

En este trabajo se recrea la representación social (R S) que quienes laboran en salud poseen sobre el paciente. Pero no solo para configurar un diagrama de R S sino que a través de él se busca entender y explicar una posición socio – laboral y relacional, la del grupo de salud y los pacientes, a partir de lo cual sea posible diseñar estrategias y plantear acciones, así como encontrar recursos de autorregulación, correctores u optimizadores, que mejoren una práctica puesta en tela de juicio hoy en día, partiendo del supuesto de que las comunidades poseen estas posibilidades.

Las representaciones sociales (R. S.) son formas de pensamiento social que contienen afectividades, creencias, explicaciones y actitudes y que además sirven para comunicarlas entre las personas. Lo social de una representación radica no tanto en quien la produce sino en porqué la produce, en otras palabras en sus funciones que son identitarias, justificativas, explicativas y orientadoras de la conducta. Entre sus cualidades cuentan con ser mediadores, en tanto regulan el pensamiento y la acción, además tiene la particularidad de vincular un componente social (sociológico) prescriptor, que proviene de su contexto, con uno individual (psicológico) que permite una modelación de la misma por los miembros del colectivo. Son conjuntos dinámicos, que producen comportamientos y relaciones con el medio. Todo esto las hace una herramienta útil para la investigación propuesta.

De manera adicional se retoman y aplican los conceptos de comunicación, afectividad, roles, poder e influencia.

## **2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Las acciones de los trabajadores de salud persiguen los objetivos de prevenir, promover, mantener o recuperar la salud de los pacientes – sean ellos enfermos o sanos.

Sin embargo hay tropiezos en el logro de estas metas: no cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones o falta de adherencia de los pacientes a los tratamientos; ausencia de continuidad e integralidad de los mismos por factores administrativos; bajos niveles de confianza entre las partes que alteran la información solicitada y la brindada; inadecuada utilización (por exceso, defecto o distorsión) de los servicios sanitarios; predominio de la racionalidad de tipo positivista, técnica y economicista en la orientación de las acciones sobre la salud; eclipsamiento y omisión de aspectos subjetivos (intereses, percepciones, sentimientos, temores y valoraciones) de los pacientes o usuarios; y también de las circunstancias en que se desenvuelve el personal prestatario de servicios de salud. Existe mucha controversia sobre el desempeño del sector de la salud, expresado popularmente como “deshumanización” de la medicina, lo que constituye uno de los pilares desde donde se cuestiona severamente el ejercicio de las actividades de cuidado de la salud.

La relación que establece el personal de salud con el paciente, tradicionalmente reducida al dúo médico – paciente, es básica para llevar a cabo los propósitos enunciados. En cualquiera de los ámbitos del sector de la salud, pero con particular énfasis en el medio hospitalario se evidencia que esta interacción no es unívoca, ni unidimensional, ni unidireccional. Todo lo contrario posee diversidad de niveles, multiplicidad de actores y es propicia para ambigüedades.

Uno de sus cimientos es la comunicación, la cual enfrenta diversas dificultades. En ocasiones no hay claridad en las declaraciones del usuario (paciente) ni en las que este recibe de los profesionales que le atienden. Las omisiones o informaciones parciales y el lenguaje particular y no compartido (por ser demasiado técnico de una parte y coloquial de la otra), concurren para provocar esta situación.

Otro elemento que hace parte de esta relación, la afectividad, se maneja a veces de manera inadecuada, los sentimientos de los participantes se expresan abrupta y agresivamente, o no son tomados en cuenta o son malinterpretados.

No se cumplen los propósitos actuales que buscan involucrar de manera más activa al paciente en las decisiones que conciernen a su estado de salud proveyéndolo de información sobre las mismas, como: aplicación del consentimiento informado por parte de los usuarios o la participación de los mismos mediante veedurías e integración a Concejos Directivos.

En la cotidianidad el conocimiento que los trabajadores en salud tenemos sobre esta relación y los factores que la influyen y que a su vez condicionan nuestro desempeño es escaso, y desde esta percepción surgen preguntas: ¿Cuáles son estos factores?, ¿acaso tienen un papel las expectativas, anhelos, conocimientos y creencias existentes, o los roles, las percepciones y autoconceptos de los actores involucrados en este proceso?, ¿interviene la afectividad en el mismo?, ¿qué repercusión tienen en el cumplimiento de nuestra misión?, ¿cómo inciden en la relación con los pacientes?, ¿qué predomina: lo individual o lo social?, ¿es solo una relación entre dos individuos o entre grupos?, ¿qué clase de comunicación se da?, ¿se puede generar y desarrollar una relación donde lo puramente biológico o lo económico den cabida a relaciones de tipo más humano?

Conocer, develar, entender e interpretar los múltiples niveles y formas de relación que el **grupo encargado del cuidado de salud** (*los profesionales y demás personas que se involucran en el proceso de atención a un paciente por parte de una institución de salud*), contrae con un usuario, enfermo o no, con su entorno familiar o de allegados, es posible y beneficioso para que la actividad de estas personas resulte de calidad en cuanto favorezca mayor calidez, mejor fluidez y superior desempeño de las acciones emprendidas sobre la salud de las personas.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las organizaciones de salud, entre ellas las nombradas como IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), tienen como propósito prevenir, curar y reparar las alteraciones de la salud o de otro modo, procurar alivio y / o cura a los enfermos o mantener el estado de salud si ella no está afectada.

El **grupo de trabajadores al cuidado de la salud** está constituido por un *conjunto de profesionales y no profesionales, dedicados a diversas tareas y acciones que de manera directa o indirecta recaen sobre el paciente*, afectándolo no sólo a él sino a su entorno inmediato. Por tanto no es una entidad homogénea ni única, se dan diferentes roles, se asumen actitudes diversas y niveles de comunicación variables y cambiantes. Su labor no es neutra o incolora, es objeto de emociones y afectos; es modulada por autoconceptos y conceptos sobre los otros; sufre las influencias del medio entendiendo por este los propios pacientes (junto con sus acompañantes y familiares) y las condiciones económicas, sociales, técnicas, legales, culturales, etc. de la sociedad en general y del ámbito específico de la salud.

Al interior de las I. P. S., específicamente las que cuentan con atención de tipo hospitalario, se establecen una serie de relaciones e interacciones entre los beneficiarios de los servicios (pacientes o usuarios) y quienes son prestadores de los mismos (constituidos en equipos de salud). Este conjunto de interrelaciones constituyen un elemento básico para las finalidades ya descritas de estas organizaciones.

La comunicación verbal y gestual así como los elementos emocionales resultan al respecto fundamentales. La primera no siempre resulta eficaz en el sentido de que logre construir un significado común entre personal de salud y el paciente junto con sus familiares. Hay vacíos, ambigüedad, malos entendidos. Con frecuencia se olvida que cuando las personas presentan alteraciones de su salud, obligándose a permanecer hospitalizadas e interrumpiendo sus actividades y funciones normales, se origina tanto en ellas como en sus familias un gran estrés. Al paciente suele imponérsele un papel pasivo, a la familia se le ignora o aísla o no se le suministra información suficiente y adecuada.



Bajo el reino del humanismo, entre los sujetos mediaba la palabra, el pensamiento; lo que media hoy la relación entre los sujetos es la tecnología, la eficiencia, la racionalidad (económica y lógica) en la cultura del pragmatismo, la competitividad y el mercado. Como si el ideal actual pareciera ser abolir la subjetividad del deseo y del dolor, el pensamiento de sí mismo y la reflexión. Se sobreestima la racionalidad “objetiva” tanto como se desprecia la emoción, la individualidad se privilegia por sobre la solidaridad, el hacer sobre el pensar. “De manera general, se puede considerar que la mayor parte de las personas se orienta hacia el sistema sanitario en función de su propia concepción de la salud, y no del marco conceptual real de la medicina clínica. Si la medicina moderna y su lenguaje son acusados de ser impersonales, es porque están muy alejadas de los modos de expresión de los pacientes, de su apreciación de la salud y la enfermedad y del significado que para ellos tiene. Luego, en la medida en que estas percepciones de los pacientes son cruciales en la utilización de los servicios, el seguimiento de los tratamientos y el impacto en su estado de salud, tales percepciones deben ser tenidas en cuenta. Es en buena medida, a partir de ellas, que se determina la calidad de vida.” (Tiempo.com. Portal de gerontología).

En ocasiones las expectativas de ambos grupos resultan divergentes o contradictorias. “Cuando los médicos priorizan los signos clínicos y los síntomas, los pacientes se interesan por lo que resienten y por su capacidad de satisfacer sus necesidades y sus deseos; en cuanto a los familiares, estos suelen dar más importancia a los comportamientos y actitudes que se despliegan ante la enfermedad.” (Tiempo.com. Portal de gerontología).

Los conceptos actuales sobre salud y las relaciones de los diversos actores involucrados, colocan al paciente en una situación de mayor conocimiento, decisión y responsabilidad sobre las decisiones acerca de su salud, intentando superar la tradición según la cual esta relación se constituye entre un poseedor de conocimientos y verdades y alguien quien, necesitado de esa sabiduría y poder, se coloca en sus manos. Al tiempo que el paciente adquiere el derecho de estar informado y de ser la última palabra en las decisiones que se tomen, es también responsable de la ejecución y seguimiento de las mismas y por tanto de sus resultados, dejando de ser un sujeto pasivo y pasando a tomar parte activa en los tratamientos y actividades de promoción o recuperación de su

salud. Estos propósitos, sin embargo, con frecuencia son desvirtuados por la práctica, de modo que o bien se ignoran o bien se convierten en fuente de conflictos.

Las personas construyen el significado de los objetos sociales y las situaciones que experimentan, mediante representaciones. Estas, son producto de la interacción comunicativa de los grupos humanos y presentan huellas sociales e intelectuales. Este tipo de conocimiento de sentido común, toma fragmentos de las teorías científicas, de las ideas sociales prevalentes y de la experiencia de los sujetos e integra todo ello en un universo de creencias, valoraciones, actitudes y prácticas consensuales (Moscovici, 1979). Ellas buscan interpretar un universo simbólico que al ser compartido por las personas, posibilita su acción e interrelación con lo cotidiano, pero también sirven de soporte para las ideologías dominantes y facilitan la institucionalización de algunas prácticas sociales. La interacción, entre ideología, ciencia y representaciones sociales, permite analizar los paradigmas que subyacen a los trabajadores del área de la salud, de manera que al poner de presente las representaciones sociales sobre el paciente, existentes en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), es posible analizar las relaciones que se establecen con los pacientes y su impacto.

El propósito de este proyecto fue reconstruir la representación Social (R. S.) que ha erigido un grupo de trabajadores de la salud sobre el paciente y desde este constructo hacer un discernimiento de su relación con los pacientes.

#### **4. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Es posible describir e interpretar las relaciones que se dan en las Instituciones Prestadoras de Salud entre el grupo de trabajadores al cuidado de la salud y los pacientes, desde la representación social que tiene el grupo de los trabajadores de la salud sobre el paciente?

## 5. JUSTIFICACION

La salud es un bienpreciado aunque no suficientemente amparado. En ella intervienen múltiples factores, tales como: lo económico, lo político, lo social, lo físico, lo psicológico. No es solo un asunto de conocimiento adecuado de una disciplina y su correcta aplicación, o de tecnología. Es un tipo de relación humana y por ende social. Sus acciones involucran no tanto a individuos aislados como a colectivos. En las organizaciones de salud son equipos de trabajo los que interactúan con los pacientes. De igual manera estos deben verse insertos en una familia, en una organización laboral, en un grupo social. Escudriñar este tipo de relación, es avanzar en el conocimiento de ámbitos que tanto se benefician de los recursos de la psicología social como la alimentan y desarrollan, ya que hay que apelar a muchos aspectos psicosociales: desde el conocimiento elaborado mediante las representaciones sociales hasta los procesos de influencia y poder, pasando por el fenómeno fundamental de la comunicación.

Ahora bien, dicho conocimiento no es en sí mismo un fin, lo que realmente importa son las consecuencias que en la rpevencción, la promoción y la recuperación de la salud pueda tener. Si como cuidadores de estos aspectos comprendemos con mayor claridad que somos influenciados a la vez que influyentes en nuestros pacientes, si podemos asomarnos a factores (que generalmente no hacen parte de nuestra percepción consciente) sobre las construcciones sociales y cognoscitivas tanto de quienes requieren nuestra ayuda como de nosotros mismos, será posible establecer tipos de relación que nos permitan grados de comunicación mas cálidos, francos y eficaces, y que por tanto produzcan acciones comunes y de responsabilidad compartida que realmente benefician tanto a los enfermos como a los trabajadores de la salud, mejorando su calidad de vida.

Es aprovechando algunos de los elementos conceptuales y prácticos de la psicología social comunitaria como se pretende abordar un aspecto básico del problema de la salud: la trama construida por las múltiples interacciones que intervienen y que subyacen, generalmente de manera inconsciente, al quehacer de quienes desde diversas acciones y tareas propenden por el cuidado de la salud de las personas. El estudio propuesto es desde este punto de vista un ejercicio interdisciplinario pues si bien la aproximación se hace desde las propuestas de la psicología social, sus pretextos, sus objetos y su entorno corresponden al área de la salud.

La interdisciplinariedad hace parte de un nuevo paradigma en la ciencia con connotaciones epistemológicas y prácticas. El resultado de una confluencia e interrelación de diversas miradas sobre los objetos y fenómenos del mundo han abierto nuevos caminos a su conocimiento y entendimiento así como a las consecuencias fácticas que de ello se derivan.

En el terreno particular de quienes laboramos en el terreno de la salud, ahondar en la sistematización consciente de lo que subyace a las vivencias de muchos años de ejercicio profesional, echando mano de elementos de la psicología social comunitaria, es abrir puertas a: a) una práctica más cercana al entendimiento del otro y por tanto mas comprometida y tolerante, más eficaz y humana. b) una práctica más interdisciplinar, lo que entre otras permite que visualice los seres humanos y sus relaciones como resultantes y a la vez actuantes sobre un entorno social y físico, que es en últimas, una forma de verlas y entenderlas más integral. c) comprendernos e interpretarnos como seres a la vez individuales y sociales y por tanto con dependencias y posibilidades, de lo cual derivará un manejo más adecuado de la comunicación, la afectividad y las construcciones socio cognitivas.

Finalmente hay un aspecto metodológico nuevo. Las representaciones sociales habitualmente son el objeto de estudio. En este trabajo además se emplean como una vía para comprender e interpretar un tipo específico de labor. Pero no solo eso, unidas a una técnica específica (grupos de discusión) resultan una manera eficaz de abrir canales de comunicación entre los distintos roles de trabajadores en la organización sede del estudio y también una motivación para mejorar la praxis (entendida como una práctica reflexiva). Se encuentran por tanto nuevas aplicaciones a este fenómeno psicosocial.

## 6. OBJETIVOS

### *GENERAL*

Caracterizar e interpretar las relaciones que se dan entre los integrantes de un grupo de cuidado de salud y el paciente en una Institución Prestadora de Salud

### *PARTICULARES*

- Aplicar modelos conceptuales y de acción que propone la psicología social comunitaria al estudio del sistema de relaciones equipo de salud – paciente
- Identificar la representación social, que sobre el paciente poseen los integrantes de un grupo de cuidado de salud.
- Propiciar el acercamiento y mutuo apoyo de la disciplina médica y la psicología social y comunitaria.
- Favorecer la reflexión sobre su práctica entre los trabajadores de la salud.
- Promover cambios positivos en los conceptos y las conductas de los miembros del grupo de cuidado de salud, mediante la identificación e interpretación de sus intra relaciones y de las relaciones con los usuarios (pacientes y allegados, y por tanto:
- Mejorar la relación entre el equipo de salud y sus usuarios.

## 7. ANTECEDENTES

Afortunadamente asistimos a la tendencia cada vez mayor de entender la salud y la enfermedad desde aspectos no sólo de carácter eminentemente biológico, los trabajos producidos desde la medicina social, la salud pública, la sociología médica, la psicología social, la psicología médica, evidencian el auge de esta nueva forma de estudiar y comprender la salud/enfermedad.

Eslava y Puntel realizan una revisión de la producción científica reflejada a través de los artículos publicados en las revistas indexadas y que se encuentran a disposición en bases de datos disponible "on line", limitando su búsqueda de manera preferencial al MEDLINE y al LILACS (es específica para la producción científica en América Latina y ofrece producción tanto en idioma español como en portugués), sobre REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD<sup>1</sup>. Estos autores encuentran que a partir de la década de los 90's, el incremento del estudio de los aspectos relacionados con las representaciones sociales y el cuidado de la salud ha tenido un incremento significativo en esta área de conocimiento. Sin embargo “El panorama general de la producción muestra que a pesar de ser ésta temática un elemento importante para la comprensión de ciertos fenómenos tales como los procesos de demanda y atención de los servicios de salud, la permanencia de prácticas y creencias populares y la interacción de diferentes formas culturales en el proceso de cura y/o tratamiento, la producción y el desarrollo es aun limitado, por lo menos en lo que respecta a trabajos indexados en bases académicas de reconocimiento internacional”. Su revisión presenta datos “geográficos” de esta producción; según MEDLINE Suramérica tan solo posee el 4,62 y según la base LILACS Colombia ocupa el segundo lugar en publicaciones con 6,25 muy distante del cimero Brasil

Establecen además que sobresalen algunos temas tales como la utilización de los servicios de salud, las conductas de las personas y los grupos sociales en relación con el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, la percepción social de la salud y

---

<sup>1</sup> ESLAVA ALBARRACIN, DANIEL GONZALO y PUNTEL DE ALMEIDA, MARIA CECÍLIA. REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD: INVESTIGANDO EL ESTADO DEL ARTE. . *Cienc. enferm.* [online]. dic. 2002, vol.8, no.2 [citado 02 Abril 2005], p.59-72. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?>

en particular de algunas enfermedades dentro de las cuales el sida, la tuberculosis, la diabetes, el cáncer ocupan papel preferencial.

En cuanto a representaciones sociales existentes en el personal de salud, la revisión personal efectuada no encuentra mayores antecedentes. Este grupo no ha sido objeto de tantas investigaciones (como sí los pacientes, el público general e incluso estudiantes de profesiones del área de la salud), y menos respecto al paciente, quizá por parecer demasiado obvio. Los pocos trabajos encontrados inquieren la representación social sobre pacientes específicos<sup>2</sup>.

Existe entonces, tanto la posibilidad de recoger la tradición que al respecto empieza a formarse, como enriquecerla con estudios que indaguen sobre una representación básica en esta área: el paciente, pero en nuestro caso de una manera más general, involucrando a un conjunto amplio de personas que trabajan en salud.

---

<sup>2</sup> Como ejemplos de lo expuesto:

- “DERECHO APRENDE DERECHO: una experiencia de innovación pedagógica por Patricia Sorokin, explora “las *representaciones sociales* que construyen los/as estudiantes de Abogacía en torno a la “*relación médico/a-paciente*””.
- REPRESENTACIONES SOCIALES, CIENCIA E IDEOLOGIA EN EL CUIDADO ENFERMERO DE ANCIANOS DEPENDIENTES INSTITUCIONALIZADOS. Silvia Elsa Tarrio.
- LA BOCA COMO REPRESENTACION, Rafael Malagón Oviedo. La construcción de la experiencia en el campo médico



## **8. MARCO REFERENCIAL**

### **8.1 MARCO HISTORICO SITUACIONAL**

Según Martínez (1991), en investigación cualitativa “Se necesita un conocimiento particular del contexto concreto en que tiene lugar una expresión” y “Es necesario conocer también los sistemas sociales y culturales que proveen el significado de la mayoría de las expresiones de la vida”. En una investigación como la propuesta, este aspecto gana en importancia por cuanto la interpretación no puede darse ajena a un contexto. De tal manera que hay que hacer un somero repaso de algunas de las características del entorno en que se desenvuelve la comunidad con la cual se realiza este estudio, revisión que abarca aspectos generales del país, se traslada al sector salud y termina con particularidades de la Clínica Boyacá.

#### **8.1.1 AMBITO NACIONAL**

Según el documento ÍNDICES DE POBREZA EN EL PAÍS del Departamento Nacional de Planeación (DNP) (Boletín No 30. *Coyuntura Económica e Indicadores Sociales.*) Colombia actualmente reúne la mayor parte de las características esbozadas por la Comisión Económica para América Latina, CEPAL: una severa crisis económica, los mayores niveles de desempleo de su historia, catástrofes naturales, conflicto armado, violencia, desplazamiento forzado, etc.; elementos que en su conjunto configuran el marco en el que se espera se agudicen las condiciones de pobreza de nuestro país.

El IPH (Índice de Pobreza Humana) comprende:

Defunciones de menores de 40 años

Analfabetas

Condiciones de vida

Población sin acueducto

Población sin servicios de salud

Desnutrición global en menores de cinco años

Dicho índice ha mejorado lentamente, principalmente en acceso a la salud, población con agua potable y desnutrición en menores de cinco años. Por el contrario, aumentó el número de muertes en menores de 40 años – producto de la violencia –.

De acuerdo con los ingresos que reciben los colombianos, la pobreza – contrario al anterior indicador –, se ha incrementado en los últimos años. El porcentaje de personas por debajo de la Línea de Pobreza (LP), que en 1999 era de 56,3%, en 2000 se acercó al 60%; en valores absolutos significa un aumento en el número de pobres, de dos millones de personas. En el año 2002 ha llegado al 64%, es decir 27 millones de colombianos. En términos de indigencia, el panorama es igualmente desalentador; el porcentaje de personas en estas condiciones pasó de 19,7 % en 1991 a 23,4 % en 2000.

El impacto directo sobre la pobreza, provocado por la caída de los ingresos es tan grave en la zona urbana como en la rural. En Septiembre de 1999 el porcentaje de población por debajo de la Línea de Pobreza, en la zona urbana era de 47 % y en la rural de 80 %. En el año 2000 en la primera de las zonas se incrementó en 4 puntos y en la rural en 3 puntos.

El ingreso en Colombia está concentrado en una mínima proporción de la población; mientras que en el año 2000 el 20% más pobre apenas percibió el 2,3% del ingreso total, en el otro extremo, el 20 % más rico obtiene cerca de las 2/3 partes de este ingreso.

### *8.1.2 EL SECTOR SALUD*

Es solo en el año 1936 que el Estado Colombiano se enuncia con deberes sociales, de acuerdo con las reformas constitucionales realizadas para entonces, creándose el Ministerio de Trabajo, Higiene y Promoción Social. A partir del presente año (2003) las políticas gubernamentales de reducción del estado fusionan los ministerios de Trabajo y Seguridad social con el de Salud creando el Ministerio de Protección Social.

La Ley 10 de 1990 elevó a la categoría de “Servicio Público a cargo de la Nación” la prestación de servicios de salud. La Constitución Política de 1991 reafirma este principio dando un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país, estableciendo la Seguridad Social como un derecho irrenunciable y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de

Universalidad, Solidaridad y Eficiencia; garantizando a todas las personas el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, construyéndose con base en los anteriores principios la Ley 100 de 1993 que pretendía avanzar gradualmente para llegar al año 2001 a una cobertura total, estructurándose un sistema que pretende encontrar un ámbito natural de complementación entre los Proveedores Públicos y los no gubernamentales que hoy existen en la economía colombiana. Ante el panorama descrito anteriormente las instituciones prestadoras de servicios de salud del país se encuentran en un nuevo sendero, con obstáculos en su trayecto que tendrán que aprender a superar para entrar en una amplia competencia de los sectores privados y oficiales, bajo supuestos parámetros de eficiencia en su gestión y otorgando servicios de la más alta calidad que por ahora les permita su supervivencia en medio de la realidad planteada.

La ley 100<sup>3</sup> de 1993 establece que el estado garantizaría la afiliación de todos los colombianos al sistema general de seguridad social en salud para el año 2001. Para lograr esta meta se diferenciaron dos mecanismos de afiliación, uno para las personas en capacidad de pago (con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes) a través del régimen contributivo y otro para aquellas personas pobres y vulnerables mediante la afiliación al régimen subsidiado. Esto se operativiza mediante intermediarios de salud: La ley 100 creó las figuras de las EPS, ARP, ARS que finalmente se han convertido en intermediarios que captan, desvían y usufructúan recursos e imponen gravosas condiciones de pagos a las IPS colocándolas en condiciones de desequilibrio financiero y en riesgo de quiebra, sin dar cumplimiento al cubrimiento que se había propuesto para el 2001.

Algunos datos estadísticos del sector sirven para tratar de percibir su realidad:

Mortalidad general: 183.553 (Tasa por 100.000 habitantes) = 44,49

Vacunación: el rango está entre 63,6 (anti hepatitis b) y 84,8% BCG (tuberculosis)

Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes): 22,4%

Esperanza de vida al nacer: 72,17

Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos): Hombres 30,10; Mujeres 22,51

Gasto per capita en salud \$36.607

Jaramillo Pérez hace un análisis de la cobertura lograda por el sistema:

---

<sup>3</sup> A la fecha (Octubre 2004) se tratan de conciliar diversas propuestas de proyectos de ley reformativos de la Ley 100 con el fin de hacer la correspondiente ponencia ante el legislativo

### Cuadro 1. Auge del contributivo, nacimiento del subsidiado

	1991*		1997**	
Población total	35.686.286	100,00%	40.064.092	100,00%
Cobertura / Población total	7.351.375	20,60%	22.912.654	57,19%
Régimen contributivo	7.351.375	20,60%	15.076.118	37,63%
Régimen subsidiado			7.836.536	19,56%

\* Anuario Estadístico del ISS / \*\* Encuesta nacional de Calidad de vida

Tal como puede observarse en el Cuadro 1, la cobertura de la seguridad social creció en forma sorprendente entre 1991 y 1997, pasando del 20,6% al 57,19%. En ese período, el régimen contributivo se duplicó en términos absolutos y el naciente régimen subsidiado empezó con el equivalente a un 50% de afiliados con respecto del contributivo.

### Cuadro 2. Crisis del contributivo, desarrollo del subsidiado

	1997*		2002**	
Población Total	40.064.092	100,00%	43.775.839	100,00%
Cobertura / Población Total	22.912.654	57,19%	24.609.466	56,22%
Régimen contributivo	15.076.118	37,63%	13.165.463	30,07%
Régimen subsidiado	7.836.536	19,56%	11.444.003	26,14%
Rég. Subs / Población NBI				70,00%

\* Encuesta nacional de Calidad de vida / \*\* Informe del CNSSS al Congreso 2003

Pero en el período 1997 a 2002, producto de la crisis económica, el desempleo y la falta de estrategia de las EPS y del Consejo de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el régimen contributivo cayó de 15 a 13 millones de afiliados (se perdieron 1,9 millones de los mismos), y si a esta cifra se le suman las afiliaciones que se deberían haber realizado, según la tendencia que se traía, entonces se perdió una cobertura de 3,3 millones de potenciales afiliados “.(Periódico El Pulso, 2004)

Uno de los problemas más graves de nuestro sistema de salud consiste en el déficit que acumulan las organizaciones encargadas de la prestación directa de los servicios

La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales –ACHC- (Revista Hospitalaria 2002,2003) posee los siguientes datos de la cartera hospitalaria por edad:

**Cuadro 3. Cartera Hospitalaria**

<b>EDAD DE CARTERA</b>	<b>Junio 30 de 2002</b>	<b>Junio 30 de 2003</b>
A 30 días	26	29,3%
Entre 31 y 60 días	11	11,5%
Entre 61 y 90 días	8	6,9%
A más de 90 días	53	52,3%

Las deudas promedio por hospital de las EPS, ARS y demás entidades pasaron de 1.000 millones en 1998 a 8.300 millones de pesos 2001. (700%)

Uno de los mecanismos preferidos por las EPS para mantener dicha cartera es el de las GLOSAS. Las Entidades Promotoras de Salud privadas presentan un 59.1% del valor total de las glosas por EPS con un 72.3 % de la facturación afectada por esta situación. La glosa como proporción de la factura asciende al 52.1 % en las EPS públicas y al 28.8 % en las EPS privadas.

El no reconocimiento de los servicios atendidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, es una de las causas más relevantes en el valor de las glosas generadas (se identificaron 611 motivos de glosa) con un 37.5 %.

La reciente puesta en marcha de la Ley 715 (2004) agrava la crisis del sector salud. El objeto es evitar problemas de flujo de los recursos del sistema y lograr una mejor distribución de los dineros, su implementación en los municipios ha causado reducción y descuadre de los presupuestos de los mismos. En algunos se ha dado reducción del 50% de dichos recursos y tendrán que indemnizar al personal para reducir nóminas. Los entes territoriales le deben a las ARS y actualmente hay 108 de estas en liquidación que a su vez le deben a las IPS más de 80.000 millones de pesos, según la superintendencia de salud. De 230 empresas de este tipo quedaron 41 ARS. En las liquidaciones desaparecen entidades con sus recursos adeudados. Los perjudicados son las IPS a quienes les deben las ARS.

Las circunstancias económicas por las que atraviesa el país (entre otras, decrecimiento del PIB y aumento de la tasa de desempleo), y la posición dominante en el mercado que han ejercido las aseguradoras, han generado condiciones financieras

desfavorables para las IPS lo que las ha llevado a concentrarse exclusivamente en desarrollar estrategias de sobrevivencia, sin dedicar esfuerzos suficientes a la calidad, la humanización y la actualización tecnológica que entre otros deben acompañar la prestación de los servicios de salud. Las consecuencias de esta situación se resumen así.

Los aseguradores están abusando de su posición dominante

Las E.P.S hacen integración vertical

Los márgenes de utilidad son cada vez menores

El riesgo financiero es demasiado alto

La imagen frente al usuario se esta deteriorando

La competencia se basa en precios

El sobredimensionamiento de la oferta en tecnología (Clínicas propias de E.P.S.).

### *8.1.3 AMBITO LOCAL - DUITAMA*

Duitama se ubica en el valle del Río Chicamocha y se rodea por 4 colinas : El Calvario , La Alacranera , La Tolosa y El Cargua . A 2.590 m. de altura sobre el nivel del mar , está dentro de los pisos térmicos Frío y Páramo , con un promedio de 17 C en un área de 331 Km. Su distancia hasta Tunja es de 48 Kms y de Bogota a 152 Kms.

Con respecto a su posición geográfica esta en : Latitud Norte : 5 - 49 y 42 de longitud con el meridiano de Bogota y 73 03 de longitud con Greenwich Con los limites esta rodeada por el Norte con Santa Rosa de Viterbo , por el sur con Paipa , por el oriente con Tibasosa y por el occidente con Charalá y el Encino en el departamento de Santander.

En los últimos 30 años Duitama ha tenido un notable aumento en la población, de aproximadamente 52.537 habitantes en el año de 1964 pasó a 101.605 en 1993 en el ultimo censo. Actualmente se calcula un total de 140.000 habitantes de los cuales el 73% se ubica en la parte urbana y el 27 % está en el área rural. Hace parte de la provincia del Tundama, que se ha caracterizado por un flujo migratorio de la gente del área rural a la área urbana. La provincia tiene concentrada la población en el denominado corredor industrial de Boyacá, cuyo centro es la vía que une a Tunja , Tuta, Sotaquirá, Paipa, Duitama, Santa Rosa de Viterbo, Nobsa y Sogamoso. La población según la edad se concentra en su mayoría entre 5 -9 años y en segundo lugar entre los 4-

0 años , lo que indica que la provincia tiene mucha población joven; la población femenina sobrepasa a la masculina en un 3%.

Las principales fuentes de ingreso son: -La Agricultura : como la cebolla, melocotón , ciruela, papa, zanahoria, maíz y manzanas. - La Ganadería : en su mayoría ovino y bovino; Avicultura; Transporte de Pasajeros; Comercio; Mecánica; Metalistería; Materiales de Construcción; Industria : Duitama es un centro industrial que vincula a Santander , Arauca , Casanare , y Cundinamarca . A la ciudad se trasladan transacciones comerciales y negocios procedentes de diversas ciudades tales como Bogota , Tunja , San Gil , municipios al norte de Boyacá y Yopal , entre otros.

La ciudad posee una muy buena y calificada mano de obra además de profesionales en diversas carreras y tecnologías .Cuenta con servicios hospitalarios, educativos (primaria bachillerato y universidad), notariales, de transporte urbano e intermunicipal, bancos, vías férreas, recreación y comunicaciones, además de servicios públicos básicos domiciliarios .

#### *8.1.4 AMBITO INMEDIATO - CLÍNICA BOYACA*

*Reseña Histórica Clínica Boyaca Ltda:* La Sociedad Clínica Boyacá Ltda. nace en la ciudad de Duitama el 16 de noviembre de 1984, como respuesta a la creciente necesidad de servicios de salud en la región. Su constitución legal se encuentra registrada en la Cámara de Comercio de Duitama bajo el número 1579 con escritura de constitución No. 1124 de la Notaría Segunda del Círculo de Duitama.

Desde el punto de vista humano esta sociedad se encuentra conformada por un grupo multidisciplinario en el que confluyen las diferentes especialidades de las áreas médicas y paramédicas de la mayor idoneidad y más alta credibilidad en el medio, agrupando a 13 socios.

La Sociedad inicia la prestación de servicios al público en general el 2 de Agosto de 1985 innovando la modalidad de atención que para la época existía en la región haciendo énfasis en una muy personalizada y esmerada atención a los clientes y ante todo mejorando las condiciones de hotelería que se ofrecían en la época. Ha sido preocupación permanente la unidad de acción y la constante transformación para responder a las expectativas de la región. Como respuesta a las crecientes necesidades y a la evolución misma de las Ciencias de la Salud, la reconversión tecnológica entró al orden del día, siendo así la Clínica Boyacá pionera en técnicas quirúrgicas no invasivas,

al ser la segunda institución médica en el país con la técnica de Colecistectomía por Laparoscopia con una casuística no comparable con otras instituciones de la región. En general, las diversas áreas han recibido renovación tecnológica. Desde el año 1990 ha venido desarrollando su propio sistema de información el cual le permite tener agilidad en el manejo contable, de personal, despachos y suministros y facturación.

La Clínica Boyacá es miembro activo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

La organización viene desarrollando un Programa de Calidad coordinado en sus comienzos por la Corporación Calidad de Colombia, programa que está dirigido al cuerpo Médico, Paramédico y Administrativo; y en el cual se capacita en aspectos de Mejoramiento en la Atención del Servicio, Planeación y Ejecución de Procesos y Desarrollo de la Capacidad Humana. Fortalecido por la asesoría y cursos realizados con la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, el Centro de Gestión Hospitalaria, la Cámara de Comercio de Duitama y Asociaciones afines. En Abril del año 2.001 con la colaboración de la Cámara de Comercio de Duitama y con la asesoría del SENA inicia un Programa de Aseguramiento de la Calidad dirigido a obtener la Acreditación con ISO 9000, como complemento al objetivo de construcción de la nueva sede.

#### *Aspectos Legales*

Base Legal: la de toda institución prestadora de salud, riesgos profesionales y pensiones, implementada a partir de la ley 100 de 1993 y reglamentada a lo largo de estos años

Razón Social: Clínica Boyacá Limitada.

Objeto Social: La sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios médicos y paramédicos, farmacéuticos, quirúrgicos, hospitalarios, para lo cual se implementaran programas en las áreas de: Atención médica, consulta, enfermería, rayos X, fisioterapia, nutrición, prevención y laboratorios clínicos.

Estructura Jurídica Actual: Sociedad limitada.

Dirección: Carrera 15 No.16-37. Duitama.

Sector Económico: Entidad prestadora de servicios

Subsector Económico: Institución Prestadora de Servicios de Salud de segundo grado.

Edad De La Empresa: Tiene 21 años, fundada el 16 de Noviembre de 1984.

Características De Los Empleados De La Clínica: Numero: 67 de los cuales 54 son empleados y 13 socios. Según el tipo de contrato: 5 empleados con contrato indefinido.



49 con contrato a término fijo y 13 empleados por honorarios médicos. Distribución por género: 17 hombres, 50 mujeres.

**MISIÓN:** “Ser la entidad de salud preferida por los Boyacenses, brindando servicios con personal idóneo, satisfecho e identificado con la empresa y la comunidad, con el fin de satisfacer las necesidades de la población que demanda los servicios, elevando su calidad de vida, retornado con rentabilidad social y económica el esfuerzo de los accionistas, contribuyendo a generar mejores condiciones de vida para la población, para alcanzar un mañana mejor. Cumpliendo a la luz de la normatividad vigente, para bien de la sociedad y el país”.

Valores y Principios: *verdad y honestidad, lealtad* con nuestra empresa y nuestros clientes, trabajaremos con *libertad, autonomía* y desarrollaremos la *creatividad*.

**VISIÓN:** Nos vemos a cinco años como líderes en el servicio de salud en el sector privado en Boyacá, incrementando la eficiencia y la calidad y con la permanente insistencia hacia el cambio.

Nos vemos en una nueva planta física que llene los requisitos de las autoridades en salud y las expectativas de nuestros clientes. Con un mayor número de socios para ampliar la cobertura y ofrecer nuevos servicios. Fortaleceremos el trabajo en equipo e insistiremos en la permanente capacitación.

Nuestros clientes son la razón de ser de la institución, nuestros esfuerzos irán dirigidos a la atención de los beneficiarios de empresas que han confiado en la calidad de nuestros servicios y hacia todos aquellos que necesiten atención. Estaremos atentos a ofrecer programas acordes con las necesidades de nuestros clientes; relacionados con atención primaria dirigidos a la promoción de salud y prevención de la enfermedad, evitando complicaciones y secuelas permanentes, iniciando tratamiento y rehabilitación de inmediato.

Adaptaremos la tecnología para la prestación de un buen servicio, sin olvidar la calidad científica que debe caracterizar a los profesionales de nuestro país del tercer mundo con énfasis en ayudas diagnósticas no invasivas para un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Responderemos a nuestros clientes internos y externos haciendo inversiones adecuadas a nuestras posibilidades de pago y ofreciendo beneficios a cada uno de ellos.

Cumpliremos con los marcos legales, administrativos y contables que determinen los entes gubernamentales e implementaremos un sistema de información confiable, en red, con una respuesta oportuna y unos parámetros de control eficaz.

Nuestros principios / valores inspiran un servicio con calidad con el propósito de ser los mejores, trabajando en equipo con lealtad, equidad y justicia.

*Objetivos Generales:* La entidad cuenta con dos objetivos generales, de ellos es pertinente conocer el primero: objetivos hacia la atención

- Brindar a los usuarios atención integral de salud de alto nivel ético y humano, técnico y científico, con la interacción de actividades de demanda inducida, protección específica, detección temprana, curación de la enfermedad y rehabilitación.
- Lograr la efectividad del servicio y la satisfacción del cliente externo e interno.
- Conservar una imagen que tiende hacia la excelencia.
- Propender por el desarrollo continuo y permanente de la institución.
- Aumentar la cobertura y disminuir la morbimortalidad.

Las estrategias que ha desarrollado la institución son la prestación de un servicio oportuno, amable, con personal idóneo, disponibilidad de soluciones a inconvenientes, ubicación de la planta física y la accesibilidad de los usuarios ante una gama de servicios completos que presta la institución. Hay vínculos con entidades relacionadas y con las que prestan apoyo mutuo para complementar la red de servicios en salud requeridos por los usuarios y los aseguradores.

### *Identificación De Fuerzas Externas Claves*

#### *Fuerzas económicas*

En los últimos años los continuos cambios de las diferentes fuerzas económicas afectan negativamente a la industria y a la producción disminuyendo las fuentes de ingreso incidiendo en el régimen contributivo por el incremento de desempleo, afectando a la Clínica directamente ya que gran población de sus usuarios pertenecen a éste régimen. La población de pacientes particulares aunque es relevante pero también está aquejada de los mismos males nacionales de recesión y crisis económica, que limitan su posibilidad de pago de servicios de salud. Tal situación actual que ha generado el cierre de empresas en la región y conllevado a que las personas busquen alternativas para suplir su necesidad de salud. Al mismo tiempo la globalización ha generado grandes cambios en las políticas gubernamentales donde ya no se da un subsidio a la

oferta sino a la demanda (quien facture obtiene beneficios, quien no lo haga o lo haga poco no recibe recursos).

Fuerzas sociales, culturales, demográficas y ambientales

Por la cercanía a la capital, algunos pacientes prefieren desplazarse hasta la capital para recibir, sea cualquier tratamiento médico o para enfermedades de cierta complejidad. La ciudad de Duitama se encuentra situada en una región con altos índices de contaminación debido a que las empresas que funcionan en este medio son altamente contaminantes, lo cual hace que se incremente la consulta infantil y las infecciones respiratorias. En la región las creencias en medicina alternativa y medicina no convencional superan la confianza que tienen en la medicina tradicional.

El índice de natalidad ha bajado a la mayor expectativa de vida ha aumentado de senescencia (vejez) haciendo que las primeras causas de morbi- mortalidad se desplacen de las infecciones hacia enfermedades crónicas particularmente las actualmente denominadas del endotelio (diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias) las cuales aumentan el factor de riesgo para la enfermedad coronaria cardiaca que es, luego de la violencia, la primera causa de mortalidad en nuestro país. Por tanto hay que atender una mayor población de adultos y adultos mayores, superior a la anterior, con todas las características psicosociales y económicas de ese grupo etáreo. Entre sus características biológicas también aparecen los cambios que dan cabida a enfermedades malignas (cáncer), osteoporosis y fracturas patológicas debido a ello. Es una población que demanda permanente y periódicamente los servicios de salud. No quiere decir lo anterior que hayan desaparecido las patologías infecciosas o que otros grupos como los niños, los jóvenes y la mujer no requieran atención; los embarazos y sus potenciales complicaciones son muy frecuentes ahora en adolescentes; además los jóvenes de ambos sexos presentan alteraciones que son de tipo psicosociobiológico como adicciones y violencia intrafamiliar.

Este vistazo a las nuevas condiciones de salud y enfermedad nos revela que muchas de esas patologías son prevenibles con acciones educativas. La tecnología ha facilitado procedimientos terapéuticos acelerando algunos procesos de recuperación y disminuyendo los tiempos de estancia intra hospitalaria.

De este modo la atención en salud deriva hacia dos características:

Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios y estancias hospitalarias cortas.

### Fuerzas gubernamentales y políticas

El manejo del conocimiento frente a las fuerzas productivas se hace acorde a la razón de ser de la institución manejado bajo un presupuesto y recursos financieros establecidos, combinado con su personal profesional que está programado bajo indicadores equitativos y legales y que hacen uso adecuado de la tecnología de punta; pero se cuenta con una planta física insuficiente para la prestación de los servicios demandados.

En este momento el poder de negociación es restringido y regido por lo legal. El poder de la competencia se basa en la deslealtad de contratar a tarifas inferiores a lo establecido legalmente; la empresa es rentable ya que se mantiene en márgenes económicos bajos, pero estables (los balances no representan pérdidas), a pesar de la crisis económica actual de la salud

La ley 100 de 1993 establece que el estado garantizará la afiliación de todos los colombianos al sistema general de seguridad social en salud para el año 2001. Para lograr esta meta se diferenciaron dos mecanismos de afiliación, uno para las personas en capacidad de pago y con un vínculo laboral a través del régimen contributivo y otro para aquellas personas pobres y vulnerables mediante la afiliación al régimen subsidiado.

Intermediarios de salud: La ley 100 creó la figura de las EPS, ARP, ARS que finalmente se han convertido en intermediarios que captan, desvían y usufructúan recursos e imponen gravosas condiciones de pagos a las IPS colocándolas en condiciones de desequilibrio financiero y en riesgo de quiebra, sin dar cumplimiento al cubrimiento que había propuesto para el 2001.

La legislación es considerada como oportunidad y como amenaza porque la legislación exige como institución de salud cumplir con unos requisitos los cuales han hecho que la prestación del servicio sea más segura, mejorando el diagnóstico, sirviendo a la vez como herramienta de auto evaluación y autocrítica que permite hacer un diagnóstico objetivo de la institución para enfocar las acciones de mejoramiento y no como simple cumplimiento de unas disposiciones para conseguir contratos. Pero a la vez es amenaza porque hay una serie de requisitos que dadas las condiciones económicas y sociales del entorno y las propias resultan poco menos que quiméricas y muy difíciles de cumplir.

## 8.2 MARCO TEORICO

### 8.2.1 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES<sup>4</sup>

El trabajo de Berger y Luckman (2003) aporta a la generación de una teoría de las representaciones sociales tres elementos fundamentales:

- El carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana. Es decir, que nuestro conocimiento, más que ser reproductor de algo preexistente, es producido de forma inmanente en la relación con los objetos sociales que conocemos.
- Que la naturaleza de la generación y construcción de este conocimiento es social, esto es, que pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones
- La importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra.

Esos tres elementos constituyen un sedimento fundamental para la teoría de las representaciones sociales, puesto que se trata de reivindicar un tipo de aproximación al conocimiento de sentido común que considere seriamente su carácter productor más que reproductor, la naturaleza social más que individual de esa producción y su función significativa.

Su elaboración conceptual y formulación teórica es relativamente reciente, y se debe a Serge Moscovici (1961), psicólogo social quien reformula en términos psicosociales el concepto durkheimniano de representación colectiva. Para Durkheim (1985, 128) las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a una psicología individual. Según Moscovici, el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico. En su opinión las representaciones sociales no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras

---

<sup>4</sup> Este apartado se construyó con elementos de las referencias: Aguirre Dávila(1998), Sánchez y Rodríguez(1998), y Alvaro (2003).

específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones. En resumen, en opinión de Moscovici las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, mientras que las representaciones sociales son fenómenos más particulares que necesitan ser descritos y explicados. Las define como un "conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales".

1. *Definición Del Concepto De Representación Social*: Con respecto a las representaciones sociales, Serge Moscovici ha señalado (1979), las siguientes consideraciones:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979 pp. 17-18)

En términos más sencillos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras -la figurativa y la simbólica- es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura.

Por otra parte, Denise Jodelet, ha dicho que el campo de representación designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social.

Robert Farr (Moscovici, 1979), en su versión de la noción de representaciones sociales señala que, desde una perspectiva esquemática, aparecen las representaciones sociales cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación. Agrega además que las representaciones sociales tienen una doble función: "hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible", ya que lo insólito o lo desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos.

Darío Páez hace una caracterización de las representaciones sociales al referirse a las funciones que cumplen como forma de pensamiento natural. Cuatro son las características esenciales de las representaciones sociales para este autor:

- 1) Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción, o sea descontextualizar algunos rasgos de este discurso.
- 2) Descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.
- 3) Construir un “mini- modelo” o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto.
- 4) El proceso reconstruye y reproduce la realidad otorgándole un sentido y procura una guía operacional para la vida social, para la resolución de los problemas y conflictos.

Las representaciones sociales se presentan en varias formas con mayor o menor grado de complejidad. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia interpretativa y que dan sentido a lo inesperado; categorías para clasificar circunstancias, fenómenos, individuos; teorías naturales que explican la realidad cotidiana. Conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural (por oposición al pensamiento científico), que se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación

*2. Condiciones De Emergencia De Una Representación Social.* Según Moscovici, las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos. Tajfel propone que las representaciones sociales requieren responder a tres necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; b) justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos; y c) para diferenciar un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción. En suma, causalidad, justificación y diferenciación social.

A raíz de las comprobaciones hechas en su investigación, Moscovici infiere tres condiciones de emergencia: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

*a) Dispersión de la información.* Según Moscovici, la información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. Los datos de que disponen la mayor

parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente, a la vez, insuficientes y superabundantes.

Moscovici afirma que la multiplicidad y desigualdad cualitativa entre las fuentes de información con relación a la cantidad de campos de interés, vuelven precarios los vínculos entre los juicios y muy compleja la tarea de buscar todas las informaciones y relacionarlas.

*b) Focalización.* Una persona o una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Aparecen como fenómenos a los que se debe mirar detenidamente. En palabras de otros investigadores la focalización es señalada en términos de implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo inscrito en los grupos de pertenencia. La focalización será diversa y casi siempre excluyente.

*c) Presión a la inferencia.* Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público. En la vida corriente, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sean capaces, en todo momento, de estar en situación de *responder*.

Para María Auxiliadora Banchs las exigencias grupales para el conocimiento de determinado evento u objeto se incrementan a medida que su relevancia crezca. El propósito crucial es no quedar excluido del ámbito de las conversaciones sino poder realizar inferencias rápidas, opiniones al respecto y un discurso más o menos desarrollado. Claudine Herzlich anota que las exigencias sobre el individuo o grupo social que las circunstancias y las relaciones sociales imponen, provocan una actuación, una estimación o una comunicación. "Las informaciones deben llegar a ser, sin dilación, fundamento de conducta, instrumento de orientación"

Según Banchs, la presión a la inferencia quiere describir un hecho significativo en la dinámica colectiva que alude al hecho de que frecuentemente existe la obligación de emitir opiniones, sacar conclusiones o fijar posiciones respecto a temas controversiales considerados de actualidad en los círculos sociales de pertenencia.

Estas tres condiciones de emergencia -dispersión de la información, grado de focalización y presión a la inferencia- constituyen el pivote que permite la aparición del proceso de formación de una representación social y, en mayor o menor grado, al conjuntarse hacen posible la génesis del esquema de la representación. El común denominador de esta relación sería la traducción de la disparidad de posiciones frente a un objeto significativo en términos sociales y recuperado de un contexto dinámico,



cambiante y conflictivo. Con el movimiento de tales condiciones de emergencia quedarían determinadas su misma existencia y su grado de estructuración.

3. *Dimensiones De La Representación Social*: Las representaciones sociales definidas por Moscovici como "universos de opinión", pueden ser analizadas con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

a) *La información*. Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad. Esta dimensión o concepto, se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto social. Por lo tanto, esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.

b) *El campo de representación*. Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas. Nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación.

c) *La actitud*. Alude a la orientación general, positiva o negativa, frente al objeto de la representación.

4. *Características De Las Representaciones Sociales*: Características generales de la Representación Social, que corresponden tanto a su estructuración, como a su contenido.

A nivel de estructuración son varios procesos:

1) La representación es, en primer término proceso de transformación de una realidad social en un objeto mental. Pero jamás un simple calco que replica en su integridad los datos materiales, sino que los selecciona y los distorsiona, en función del puesto que ocupan los individuos en una determinada situación social y de las relaciones que mantienen con los demás.

2) La representación es asimismo un proceso relacional. Es una elaboración mental que se desarrolla en función de la situación de una persona, de un grupo, de una

organización, de una institución, de una categoría social, en relación con la de otra persona, grupo o categoría social. Es por tanto un mediador de la comunicación social, en la medida en la que ésta se apoya sobre los objetos sociales así transformados, para inscribirlos en el sistema social como elementos de intercambio.

3) Se trata también de un proceso de remodelado de la realidad, en cuanto tiene como finalidad la de producir informaciones significativas. No es ya, pues, la adecuación a lo real la razón principal, aún cuando se la busque, sino la recreación de la realidad. La representación aparece así como una elaboración dinámica: está inacabada y al mismo tiempo está producida por el individuo o el grupo que la enuncia. A este nivel se presenta como una nueva captación y una interiorización de los modelos culturales y de las ideologías dominantes que actúan en una sociedad.

4) Es un proceso de naturalización de la realidad social, ya que interpreta los elementos sociales sesgándolos. En estas condiciones puede aparecer como el inventario de un conjunto de evidencias. La evidencia hace de la realidad una cosa simple. La representación se impone, a fin de cuentas, como un "dato perceptivo" al decir de Herzlich. Funciona como una reducción elaborada de la realidad, que tiene como fin efectuar de ella una presentación revisada y corregida, disminuyendo el carácter ambiguo. Refiere la representación a un modelo implícito de funcionamiento mental, que se supone lógico, es decir, racional y en consecuencia no contaminado por elementos imposibles de dominar.

#### A nivel de contenido

1) El contenido de la representación es cognitivo, se trata de un conjunto de informaciones, relativas a un objeto social, que pueden ser más o menos variadas, más o menos estereotipadas, más o menos ricas.

2) Es significativo: está definida por una relación figura / sentido que expresa una correspondencia entre estos dos polos. Así, las significaciones pasan por imágenes y estas imágenes producen significaciones. En una representación, el carácter significativo nunca es independiente de su carácter figurativo.

3) Es simbólico, directamente relacionado con el aspecto precedente. El símbolo constituye un elemento de la representación, en la medida en que, por una parte, el objeto presente designa lo que está ausente de nuestras percepciones inmediatas y, por otra, lo que está ausente adquiere significación apoyándose sobre este objeto y confiriéndole cualidades que le dan sentido. El contenido simbólico de las representaciones se refiere a la estructura imaginaria de los individuos y constituye uno

de sus modos de expresión en que la realidad, según la interpretación psicoanalítica, es construida por los deseos, las expectativas y los sentimientos que proyectamos sobre ella.

5. *La Construcción De Una Representación Social*: Según Denisse Jodelet, el paso dado, en los últimos años es el que va de un concepto a una teoría de las representaciones sociales; y a medida que esta se precisa, se desarrollan los conocimientos y se cristaliza un campo de investigación, en cuyo interior se delimitan áreas específicas y se esbozan ópticas diferentes.

Estás ópticas o enfoques apuntan a formular diversas maneras de cómo elaborar la construcción psicológica y social que es una representación social:

1) Un primer enfoque se limita a la actividad puramente cognitiva a través de la cual el sujeto construye su representación. La representación presenta dos dimensiones:

- Dimensión de contexto: el sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social y la representación aparece entonces como un caso de la cognición social; tal como es abordada por la psicología social.
- Dimensión de pertenencia: siendo el sujeto un sujeto social, hace intervenir en su elaboración ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad.

2) Un segundo enfoque pone el acento sobre los aspectos significantes de la actividad representativa. Se considera que el sujeto es productor de sentido, que expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. El carácter social de una representación se desprende de la utilización de sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad o de la proyección de valores y aspiraciones sociales. En tal sentido, la representación también es considerada la expresión de una sociedad determinada.

Cuando es propia de sujetos que comparten una misma condición social o una misma experiencia social, la representación frecuentemente se relaciona con una dinámica que hace que intervenga lo imaginario. Resuelve la contradicción entre los deseos y carencias del individuo y las coacciones que le impone la sociedad, entre lo particular de la persona y lo general de la sociedad.

3) Una tercera corriente trata la representación como una forma de discurso y desprende sus características de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad. Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso.

4) En otra óptica es la práctica social del sujeto la que es tomada en consideración. Actor social inscrito en una posición o lugar social, el sujeto produce una representación que refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa.

5) Para otro enfoque, el juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las representaciones. El desarrollo de las interacciones entre los grupos modifica las representaciones que los miembros tienen de si mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Moviliza una actividad representativa destinada a regular, anticipar y justificar las relaciones sociales establecidas.

6) Una última perspectiva, de corte sociologizante, hace del sujeto el portador de determinaciones sociales y basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales.

6. *Funcionamiento De Las Representaciones Sociales*: Las representaciones sociales se caracterizan por ser elaboradas mediante el discurso y la comunicación que permite una distribución colectiva de los conocimientos. Entendiendo como representación social a "los procesos que permiten la elaboración y el funcionamiento de una estructura de conocimiento con forma singular y que son característicos de la construcción del conocimiento social".

Los procesos de las representaciones sociales son procesos de carácter sociocognitivo en que las regulaciones sociales son inherentes al funcionamiento cognitivo de las personas.

7. *Funciones De Las Representaciones Sociales*: Jodelet, manifiesta que las representaciones sociales cumplen ciertas funciones sociales, por ejemplo:

- El mantenimiento de la identidad social
- El equilibrio sociocognitivo
- Orientación de conductas y comunicaciones
- Justificación anticipada o retrospectiva de las interacciones sociales.

Diversos autores atribuyen a las representaciones sociales un papel fundamental en la dinámica de las relaciones, que en la práctica responden a cuatro funciones esenciales:

#### 1) De conocimiento o saber:

Las representaciones permiten comprender y explicar la realidad. Adquirir conocimientos e integrarlos en un marco comprensible para los individuos, que responda a los valores a los cuales ellos adhieren y faciliten la comunicación. (Moscovici). Las representaciones definen un marco de referencia común, que posibilita el intercambio social, la transmisión y la difusión de un conocimiento "espontáneo" e "inocente", que en las ciencias sociales es denominado como el "conocimiento del sentido común".

#### 2) Funciones identitarias:

Según Mugni y Carugati, "Las representaciones también tienen la función de situar a los individuos en el campo social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, es decir, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados". La referencia a las representaciones que define la identidad de un grupo, juega un rol importante en el "control social" que ejerce el grupo sobre cada uno de sus miembros.

#### 3) Función de guía para el comportamiento:

Al ser la representación un sistema de pre-codificación de la realidad, se constituye en una guía para la acción, a partir de tres factores esenciales:

- Determinar la finalidad de la situación; es decir, define a priori el tipo de relaciones y de práctica cognitiva que el individuo debe adoptar en una situación o tarea a efectuar.
- Produce un sistema de anticipaciones y expectativa; ejerciendo una acción sobre la realidad, puesto que ella no depende del desarrollo de una interacción, la precede y la determine. El éxito o el fracaso de las interacciones depende de la naturaleza de las representaciones previamente elaboradas por cada una de las partes en torno a la situación.
- Prescribe comportamientos y prácticas sociales; en tanto refleja la naturaleza de las reglas y los lazos sociales. De acuerdo a la representación está definido lo que es lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.

#### 4) Funciones Justificativas:

Las representaciones, permiten justificar las tomas de posición y los comportamientos a posteriori en la interacción. En el caso de grupos que interactúan a nivel competitividad, unos elaboraran representaciones del otro grupo, atribuyéndoles características que les permitan justificar por ejemplo, un comportamiento hostil hacia ellos.

8. *Procesos De Las Representaciones Sociales*: Según Denisse Jodelet, la objetivación y el anclaje corresponden a dos procesos que se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social, éstos muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales.

1.- La Objetivación: lo social en la representación.

En este proceso, la intervención de lo social se articula con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. De esta forma, la objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante. La representación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales. Procedimiento necesario por el flujo de comunicaciones en que nos hallamos sumergidos, el conjunto demasiado abundante de nociones e ideas se polariza en estructuras materiales. Es decir, mediante este proceso se materializan un conjunto de significados, se establece la relación entre conceptos e imágenes, entre palabras y cosas. "Objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos" (Moscovici, 1986). Así, la objetivación reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar para poder controlarlo.

En el caso de un objeto complejo como es una teoría, la objetivación puede dividirse en tres fases:

a) Selección y descontextualización

La selección y descontextualización es la primera fase del proceso. Unas informaciones concretas son seleccionadas, y fuera del contexto en que aparecían pueden ser reorganizadas, pero para ello es necesario extraer el objeto del espacio en que se presenta.

b) Formación del núcleo o esquema figurativo

Es la fase en que la información seleccionada es estructurada y organizada en un esquema formado por imágenes que reproducen visiblemente la estructura conceptual.

c) Naturalización

El modelo figurativo permitirá concretar, al coordinarlos, cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza: "el inconsciente es inquieto", "los complejos son agresivos", "las partes conscientes e inconscientes del individuo se hallan en conflicto". Las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto. El modelo figurativo utilizado como si realmente demarcara

fenómenos, adquiere un status de evidencia: una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común.

Con la naturalización, cosificación u ontologización, los conceptos se transforman en cosas que permiten ordenar los acontecimientos, de manera que lo que es abstracto se muestra concreto. Mediante la naturalización podemos ver "la lógica" o "los complejos" como si tuvieran una realidad tangible.

## 2.-El anclaje: La representación en lo social.

Este segundo proceso, esta referido al enraizamiento social de la representación y de su objeto. La intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son conferidos al objeto.

El anclaje implica otro aspecto que se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema "ya no se trata como en el caso de la objetivación, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido". El proceso del anclaje, en una relación dialéctica con la objetivación, articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. Consiste, por tanto, en transformar lo que es extraño en familiar, o sea hacerlo inteligible. Lo que lo diferencia de la objetivación es que permite incorporar lo extraño, lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones.

Existen dos modalidades de intervención que permiten describir el funcionamiento del anclaje:

- La inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- La instrumentalización social de objeto representado.

Cuando un grupo social se enfrenta a un fenómeno extraño, o a una idea nueva que en cierto modo amenaza su identidad social, el enfrentamiento al objeto no se realiza en el vacío. Los sistemas de pensamiento del grupo, sus representaciones sociales, constituyen puntos de referencia con los que se puede amortiguar el impacto de la extrañeza. Una segunda forma de anclaje posibilita la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión. Por una parte las representaciones se convierten en sistema de lectura de la realidad social, expresando y contribuyendo a desarrollar los valores sociales existentes. Por otra

parte, en tanto que sistema de interpretación, el anclaje posibilita que las personas puedan comunicarse en los grupos a que pertenecen bajo criterios comunes, con un mismo lenguaje para comprender los acontecimientos, las personas u otros grupos. Globalmente, el proceso de anclaje guarda una estrecha relación con las funciones de clasificar y nombrar, es decir, de ordenar el entorno, al mismo tiempo, en unidades significativas y en un sistema de comprensión. Las características que definen este proceso son muy similares a las que se atribuyen a la categorización.

El proceso de anclaje, permite comprender:

- Como se confiere el significado al objeto representado.
- Como se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta.
- Como opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionado con la representación.

El anclaje y la objetivación, procesos básicos en la generación y el funcionamiento de las representaciones sociales, mantienen una relación dialéctica. Se combinan para hacer inteligible la realidad y para que, de esa inteligibilidad, resulte un conocimiento práctico y funcional; un conocimiento social que nos permita desenvolvernos en el entramado de relaciones y situaciones que implica la vida cotidiana.

El sistema de interpretación tiene una función mediadora entre la persona y su medio, así como entre los miembros de un mismo grupo. Desde esta perspectiva, comprender algo nuevo es hacerlo propio y explicarlo, por lo que la representación proporciona los marcos y las señales por las cuales el anclaje clasificaría dentro de lo familiar, lo nuevo.

"Hacer propio algo nuevo es aproximararlo a lo que ya conocemos, calificándolo con las palabras de nuestro lenguaje. Pero nombrar, comparar, asimilar o clasificar supone siempre un juicio que revela algo de la teoría que uno se hace del objeto clasificado.". El proceso por el cual asimilamos algo novedoso en nuestras vidas, se basa en lo que ya conocemos y se le da una explicación a partir de otros conceptos que manejamos con anterioridad.

#### 8.2.1.1 CONCEPTOS RELACIONADOS

Como también están determinando en parte nuestras relaciones con los demás los estereotipos, los imaginarios y los prejuicios, se han propuesto como formas o clases de las representaciones sociales, lo cual no es exacto. Para aclarar esta confusión y la



relación entre ellos y las R S, resulta útil una corta explicación de estos conceptos.

**ESTEREOTIPO** Como atributos de este concepto tenemos:

- Son ideas que guían acciones
- Son creaciones humanas
- Actúan como intermediario entre percepción de la realidad y acciones de los hombres.
- Provocan y constituyen esquemas y categorías de los eventos sociales.
- Dependientes de las condiciones y relaciones sociales previamente establecidas.
- Uniforman acciones, pensamientos y actos humanos.
- Son modos de funcionamiento de las representaciones sociales

Definición: su origen etimológico son las palabras griegas “stereos” (duro, sólido) y “tipos” (carácter). Según Walter Lippmann, citado en: Martín –Baró (2001), consistiría en una representación del medio ambiente con alto contenido de subjetividad, rígida y de orden ilógico (porque “precede al uso de la razón”), que puede servir para defender la posición del individuo en la sociedad. Martín – Baró los resume como “categorizaciones grupales, por lo general de carácter negativo”, que orientan la percepción de las personas llegando a hacer “ver” lo que no existe; “orientan también su acción, con lo que frecuentemente tienden a producir la confirmación de lo que establecen como característico de un grupo”. Su relación con las representaciones sociales puede establecerse como una forma de funcionamiento de estas, expresados como esquemas de categorías que surgen en dependencia de las condiciones y relaciones sociales, revelando cierta uniformidad de acciones y pensamientos de los individuos pertenecientes a un grupo social.

La práctica nos ofrece numerosos estereotipos de pacientes, las clasificaciones y atribuciones de características que hacemos: según la organización laboral a que pertenecen (los maestros, los de multinacionales, los empleados oficiales) o de acuerdo a su condición socio económica y territorial (aristócratas”, “ricos”, pobres”, “campesinitos”, “indiecitos”, “madre soltera”) o a su comportamiento (“formalitos, “cansones”, “intensos”)

**PREJUICIOS:** Entre sus atributos se encuentran:

- Son creaciones humanas.

- Expresan opiniones, actitudes y valoraciones.
- Dependientes de la pertenencia social del individuo que los posee.
- Poseen dos componentes: cognoscitivo y comportamental)
- Tienden a ser duraderos y difíciles recambiar.
- Actúan como matriz de pensamientos, afectos y acciones; disponen, organizan y orientan los elementos de los juicios que hace el individuo.
- Por tanto son estructurantes de las representaciones sociales, ayudan a darles “forma”.

Definición: Nociones que sirven como matriz y estructura a los pensamientos, acciones y afectos individuales, mediante la disposición, organización y orientación del contenido de juicios previos o prematuros que profieren los individuos de acuerdo a su pertenencia o situación social, los que le sirven para establecer diferencias y poder actuar en la realidad de una manera discriminada, menos anárquica.

De acuerdo con nuestros prejuicios a un estereotipo de paciente corresponden formas de ser, pensar y actuar. Así unos son exigentes o arrogantes (los ricos, los “aristócratas”, los empleados de multinacionales; otros resignados y tolerantes (los pobres, los “campesinitos”); ignorantes o “sabiondos”, perezosos (los negros, los empleados oficiales), “histéricas” (las mujeres jóvenes), etc. y con esta base estamos predispuestos a actuar respecto a ellos.

IMAGINARIO: Hacen parte de sus atributos:

- Son estructuras que representan la realidad.
- Condensan y esquematizan contenidos sociales
- Poseen dos componentes: figurativo y conceptual.
- Tienen dependencia de las condiciones histórico –sociales
- Pueden intervenir en el proceso de estructuración de una representación social

Definición: representaciones de la realidad social de tipo simbólico, que se manifiestan como imágenes que poseen un contenido conceptual al cual representan. Están determinados por lo social, por los esquemas de pertenencia a un contexto. En nuestro medio hay numerosos ejemplos en la “fauna social” (“el lagarto”, “el perro”, “el lobo”) o en la jerga de los medios juveniles (una persona “boleta”, un “azotado”), Muchas descripciones son imágenes para designar a los pacientes: “la fractura”, “la deshidratación”, “el formalito”, “la gordita”, “la 209”, “el SOAT” .....

### 8.2.2 COMUNICACIÓN

Los planteamientos sobre las representaciones sociales nos conducen a la necesidad de considerar otros aspectos que están ligados de manera esencial con ellas: la comunicación y las redes sociales.

Existen diversos conceptos de comunicación y en consecuencia múltiples definiciones. Para algunos es el proceso de transmisión de un mensaje, idea o pensamiento de manera congruente y precisa entre dos o más personas. Comunicar sería según esta definición transmitir ordenadamente significados.

Para un punto de vista algo diferente la palabra comunicar significa "poner en común", es decir, compartir con los demás. Cuando nos comunicamos compartimos información de todo tipo: emociones, ideas, conceptos, advertencias, necesidades, órdenes, etcétera.

El lenguaje, capacidad exclusiva y característica del hombre de comunicarse por medio de signos, es utilizado por los grupos y comunidades en su interacción social, en la cotidianidad, en el trabajo, para el desarrollo tecnológico, cultural y político; sin embargo no agota el tema de la comunicación porque existen múltiples formas de comunicación que no se pueden reducir al lenguaje, así, códigos visuales, auditivos, olfativos, artísticos, arquitectónicos, representan posibilidades semióticas estudiadas por la semiótica.

Existen elementos psicológicos que ejercen influencia en la interpretación del mensaje, los cuales son:

- La percepción: la forma de percibir un suceso depende en gran medida de las experiencias pasadas, por ello, el hecho de que el emisor hable y destaque un punto en particular en su exposición, no significa necesariamente que el participante lo reciba y lo comprenda; para comprobarlo es necesaria la retroalimentación .
- El conocimiento: el conocimiento del presente, proviene de percepciones pasadas. El emisor buscará ejercer un mayor control sobre el presente del oyente más que sobre su pasado, y sin embargo, mientras más enterado esté de los antecedentes y de las experiencias de quienes le escuchan, mejor capacitado estará para comunicarse en forma efectiva.

- Los sentimientos: el estado emocional de una persona puede influenciar también su percepción o su pensamiento. El hablante debe tener la suficiente sensibilidad para captar de qué humor está el oyente.
- La conciencia de posición y estatus: cuando las personas establecen comunicación y una de ellas piensa que tiene derecho a una consideración especial, no estando la otra de acuerdo, el proceso de comunicación se ve seriamente afectado.
- Los rasgos de personalidad: el hablante debe estar lo más enterado posible de la personalidad de los oyentes para poder comunicarse mejor con ellos.

Otros elementos de igual importancia son los que siguen:

- El ruido. Es cualquier elemento externo que no permite que el proceso de comunicación se dé adecuadamente, puede estar representado por interrupciones, exceso de distractores o lugares inadecuados para la comunicación.
- La semántica. Las palabras adquieren diferentes significados, dependiendo del uso que se les quiera dar; es por eso que las personas que intervengan en la comunicación se aseguren del significado de las palabras y de que éste sea el mismo para la persona que lo envía como para el que lo recibe.

La disponibilidad de los integrantes. Si alguna de las personas que interviene en la comunicación de forma consciente o inconsciente no está dispuesta a emitir o recibir adecuadamente el mensaje, es probable que por mucho que se esfuerce la otra persona, éste no sea bien recibido.

*Tipos De Comunicación:* Según el código que en ellas se ocupe, existen distintos tipos de comunicación.

#### Comunicación lingüística escrita

Cuando el código empleado es lingüístico escrito. Por ejemplo, la correspondencia por carta. La comunicación escrita es muy efectiva. Sin embargo el escribir un mensaje es una ardua labor, ya que para que sea exitoso implica un esfuerzo sistemático mayor. También toma mucho más tiempo el escribir, revisar y corregir un mensaje.

Entre los beneficios de este tipo de comunicación están:

- Ser más efectiva;
- Demuestra autoridad y conocimiento de causa;

- Ser más precisa que la comunicación oral;
- Es verificable;
- Tiene mayor permanencia;
- Es fácil de reproducir; y
- Mayor nivel de retención por parte del receptor.

Entre sus desventajas se encuentran:

- Toma más tiempo el elaborar el mensaje;
- La reacción es más lenta;
- Es impersonal; y
- Existe una potencial incomprensión por parte del receptor.

#### Comunicación lingüística oral

Cuando el código empleado es lingüístico oral. Es el proceso a través del cual se transmite información oralmente, los mensajes son captados por los oídos. Es el método utilizado con mayor frecuencia, pero tiende a tener menor efectividad. La comunicación verbal se complementa con el lenguaje corporal y debe haber homogeneidad entre ellos, que la postura y gestos no deberán contradecir lo que verbalmente se está comunicando. Es importante mencionar que en la emisión verbal del mensaje la vista de la persona debe estar enfocada hacia los ojos del receptor. En caso de que sean varias las personas a las que se les dirige la palabra la vista del emisor deberá alternar los ojos de las diferentes personas.

Este tipo de comunicación permite a los participantes tener una comunicación directa, por lo que se recomienda que sea:

Clara: con un lenguaje simple y uso constante de ejemplos.

Directa: reducir al mínimo el tiempo que va de la emisión del mensaje a su recepción.

Precisa: enfatizar las ideas principales del evento.

Concisa: evitar la excesiva longitud de los mensajes.

#### Comunicación no lingüística visual

Cuando el código empleado es no lingüístico visual. Por ejemplo, las imágenes publicitarias.

#### Comunicación no lingüística acústica

Cuando el código empleado es no lingüístico acústico. Por ejemplo el pito de un auto o los que se usan en varios deportes

## Comunicación no lingüística gestual

Cuando el código empleado es no lingüístico gestual. Por ejemplo, los gestos que utilizamos a diario. La forma de vestir, de actuar, comunica a los demás algo, y ellos lo perciben y lo interpretan de acuerdo a su marco de referencia. Las posturas, los gestos, los movimientos, las expresiones comunican a nuestro interlocutor lo que pensamos de a veces de manera inconsciente. Mirar hacia otro lado, cruzar los brazos, bostezar o fruncir el ceño son formas de comunicación corporal.

El análisis de la comunicación no verbal requiere al menos tener en cuenta tres criterios básicos<sup>5</sup>:

- 1.- Cada comportamiento no verbal está ineludiblemente asociado al conjunto de la comunicación de la persona. Incluso un solo gesto es interpretado en su conjunto, no como algo aislado por los miembros de la interacción. Si es un gesto único asume su significado en cuanto gesto y en un cuanto que no hay más gestos.
- 2.- La interpretación de los movimientos no verbales se debe hacer en cuanto a su congruencia con la comunicación verbal. Normalmente la intención emocional se deja traslucir por los movimientos no verbales, e intuitivamente somos capaces de sentir la incongruencia entre estos y lo que verbalmente se nos dice. La comunicación no verbal necesita ser congruente con la comunicación verbal y viceversa, para que la comunicación total resulte comprensible y sincera.
- 3.- El último criterio de interpretación del sentido de la comunicación no verbal, es la necesidad de situar cada comportamiento no verbal en su contexto comunicacional.

Existen tres ámbitos de estudio de la comunicación no verbal: kinesia, paralingüística y proxémica. La kinesia se ocupa de la comunicación no verbal expresada a través de los movimientos del cuerpo. La paralingüística estudia el comportamiento no verbal expresado en la voz. La proxémica se encarga de estudiar el comportamiento no verbal relacionado con el espacio personal.

*Kinesia*: El estudio de los movimientos kinésicos se ha hecho aislando cada uno de los posibles ámbitos de comportamiento kinésico, y estudiando sus expresiones comunicacionales por separado. Las principales fuentes de comportamiento kinésico estudiadas han sido: la postura corporal, los gestos, la expresión facial, la mirada y la sonrisa.

---

<sup>5</sup> El análisis de la comunicación no verbal, en lo que sigue, se basa en el artículo de la dirección electrónica: <http://nuvol.uji.es/~pinazo/2001Tema%205.htm>. Consultado junio 2002

1) Postura corporal: La postura es la disposición del cuerpo o sus partes en relación con un sistema de referencia que puede ser, bien la orientación de un elemento del cuerpo con otro elemento o con el cuerpo en su conjunto, bien en relación a otro cuerpo. En la interacción son susceptibles de ser interpretadas las señales que provienen de la posición, de la orientación o del movimiento del cuerpo.

Las posiciones corporales se definen por la disposición del cuerpo a aceptar a otros en la interacción. Hay posiciones más abiertas o más cerradas. Una posición abierta implica que brazos y piernas no separan a un interlocutor de otro; la posición cerrada implicaría utilizar las piernas, brazos o manos bien en forma de protección del propio cuerpo o bien como barrera para que otro se introduzca en la interacción que mantenemos. La posición da señales que indican lo dispuesto se que se está a interactuar con los otros.

La orientación es el ángulo con el que el cuerpo está dirigido a los demás (puede colocarse frente a frente, en ángulo recto, o de espaldas). Cuánto más de frente se sitúa una persona hacia los demás, mayor será el nivel de implicación. El ángulo de la postura puede disuadir la aproximación de otro. Hay tendencia a mostrar una orientación directa hacia el otro cuando más nos agrada y también cuando nos resulta amenazante. Por el contrario, nuestra orientación tiende a ser menos directa cuando tenemos intención de no continuar la interacción, cuando la persona no nos agrada o cuando la percibimos como alguien inferior o poco peligroso. Se ha observado, que cuando las personas esperan competir, generalmente se sientan enfrente; si esperan cooperar, lo hacen una al lado de la otra, mientras que para conversar normalmente lo hacen en ángulo recto.

El movimiento del cuerpo puede transmitir energía y dinamismo durante la interacción, pero cuando es incongruente con el contenido verbal o el contexto comunicacional, normalmente tiene el efecto de distraer la atención del interlocutor. Un exceso de movimiento incongruente puede producir impresión de inquietud, o nerviosismo, mientras que la escasez de movimiento incongruente puede transmitir una impresión de excesiva formalidad.

2) Los gestos: El gesto es el movimiento corporal propio de las articulaciones, principalmente de los movimientos corporales realizados con las manos, brazos y cabeza. El gesto se diferencia de la gesticulación. La gesticulación es un movimiento anárquico, artificioso e inexpresivo.

Se han identificado o clasificado cinco tipos de gestos: a) gestos emblemáticos o emblemas, b) gestos ilustrativos o ilustradores, c) gestos que expresan estados emotivos

o patógrafos, d) gestos reguladores de la interacción, y e) gestos de adaptación o adaptadores.

a) Gestos emblemáticos o emblemas: Son señales emitidas intencionalmente. Su significado es específico y muy claro, ya que el gesto representa una palabra o conjunto de palabras bien conocidas. Por lo tanto, son gestos traducibles directamente en palabras. Ejemplo: agitar la mano en señal de despedida o sacar el pulgar hacia arriba indicando aprobación.

b) Gestos ilustrativos o ilustradores: Se producen durante la comunicación verbal. Sirven para ilustrar lo que se está diciendo. Son gestos conscientes que varían en gran medida en función de la cultura. Están unidos al lenguaje, pero a diferencia de los emblemas, no tiene un significado directamente traducible, la palabra a la que van unidos no les da su significado. Este tipo de gesto sirve a esa palabra no la significa. La forma de servirla reside en su capacidad para recalcar lo que se dice, enfatizar o imponer un ritmo a la palabra que esta por sí no tendría. Cualquier tipo de movimiento corporal que desempeña un papel auxiliar en la comunicación no verbal, es un ilustrador.

c) Gestos que expresan estados emotivos o patógrafos: Este tipo de gesto cumple un papel similar a los ilustradores y por ello se pueden confundir. Es similar en el sentido en que también acompañan a la palabra, y le confieren un mayor dinamismo. Pero difieren en que este tipo de gestos reflejan el estado emotivo de la persona, mientras que el ilustrador es emocionalmente neutro. En este sentido, el ilustrador constituye una forma de expresar cultural, mientras que el patógrafo es resultado del estado emocional del momento. A través de este tipo de gestos se expresan la ansiedad o tensión del momento, muecas de dolor, triunfo y alegría, etc.

d) Gestos reguladores de la interacción: Son movimientos producidos por quién habla o por quién escucha, con la finalidad de regular las intervenciones en la interacción. Son signos para tomar el relevo en la conversación, que tienen también un importante papel al inicio o finalización de la interacción (p. e. darse la mano en el saludo o la despedida). Pueden ser utilizados para frenar o acelerar al interlocutor, indicar que debe continuar o darle a entender que debe ceder su turno de palabra. Los gestos reguladores más frecuentes son las indicaciones de cabeza y la mirada fija. Las inclinaciones rápidas de cabeza llevan el mensaje de apresurarse y acabar de hablar, mientras que las lentas piden que el interlocutor continúe e indican al oyente que le parece interesante y le gusta lo que se está diciendo.



e) Gestos de adaptación o adaptadores: Son gestos utilizados para manejar emociones que no queremos expresar. Se utilizan cuando nuestro estado de ánimo es incompatible con la situación interaccional particular, de forma que no podemos expresar nuestras emociones como realmente las sentimos, lo que produce una situación incómoda que necesitamos controlar, y, como una forma de adaptarnos a ella, aparece el gesto. Gestos de este tipo son pasarse los dedos por el cuello de la camisa cuando nos sentimos ahogados por la tensión de la situación, o cepillarnos el pelo cuando nos sentimos nerviosos.

3) Expresión facial: La expresión facial es el medio más rico e importante para expresar emociones y estados de ánimo, junto con la mirada. Principalmente, y aparte de la expresión de emociones, la expresión facial se utiliza para dos cosas: para regular la interacción, y para reforzar al receptor. Tienen tanta importancia para la transmisión emocional y la captación de impresiones y juicios del otro, los movimientos faciales perceptibles (cambio de posición de las cejas, de los músculos faciales, de la boca, etc.) como de los imperceptibles (contracción pupilar, ligera sudoración). Por otra parte se trata de movimientos muy difíciles de controlar.

La función principal de la expresión facial es la expresión de emociones, también la intensidad de las mismas. Ha sido estudiada como medio de expresión de la personalidad, de las actitudes hacia los demás, la atracción sexual y el atractivo personal, el deseo de comunicarse o iniciar una interacción y el grado de expresividad durante la comunicación.

4.- La mirada: La mirada se estudia aisladamente, aunque forma parte de la expresión facial por la gran importancia que tiene en la comunicación no verbal por si sola. Se le atribuye un importantísimo papel en la percepción y expresión del mundo psicológico. La mirada, aunque ubicada y originada en los ojos, no muere en ellos, va más allá. Esa capacidad de proyección le confiere tanta importancia a la mirada.

La mirada cumple varias funciones en la interacción, las más relevantes son estas:

- a) Regula el acto comunicativo: con la mirada puede indicar que el contenido de una interacción interesa, evitando el silencio.
- b) Fuente de información: la mirada se utiliza para obtener información. Las personas miran mientras escuchan para obtener una información visual que complemente la información auditiva

c) Expresión de emociones: se puede leer el rostro de otra persona sin mirarla a los ojos, pero cuando los ojos se encuentran, no solamente se sabe cómo se siente el otro, sino que él sabe que se conoce su estado de ánimo. Se asocian diversos movimientos de los ojos con una amplia gama de expresiones humanas.

d) Comunicadora de la naturaleza de la relación interpersonal: al encontrarse las miradas se dicen el tipo de relación que mantienen, del mismo modo que la intención de que no se encuentren.

El contacto ocular forma parte de la forma de mirar al otro. La forma de mirar es una de las conductas más importantes para diferenciar a las personas de estatus alto, dominantes y poderosas, de aquellas de bajo estatus, sumisas y no poderosas. El interlocutor de menor poder mira más a la persona poderosa en general. La persona menos poderosa tiene más necesidad de vigilar la conducta de quien tiene más poder para obtener información referente a sus actitudes, que puede utilizar para ajustar la suya propia. Por otra parte así puede mostrar que está pendiente de quien tiene poder, que le interesa lo que dice, y acepta su posición en la interacción.

La comunicación entre dos personas será más efectiva cuando su interacción contenga una proporción de contacto ocular que ambos consideren apropiada a la situación. Estas observaciones sobre la mirada, pueden cambiar o ser matizadas en interacciones interculturales.

5.- La sonrisa: Normalmente la sonrisa se utiliza para expresar simpatía, alegría o felicidad. Aunque también el sarcasmo y la burla. La sonrisa se puede utilizar para hacer que las situaciones de tensión sean más llevaderas. Una sonrisa atrae la sonrisa de los demás y es una forma de relajar la tensión. Por otra parte, la sonrisa tiene un efecto terapéutico. Se ha observado que cuando se le pedía a personas que se sentían deprimidas o pesimistas, que imitaran la sonrisa de los demás, declaraban sentirse más felices. La sonrisa está, además, influida por el poder que tiene lugar en una relación.

*Paralingüística:* El comportamiento lingüístico está determinado por dos factores: el código y el contenido que se pretende comunicar. Sin embargo estos dos factores no constituyen la totalidad del comportamiento ni verbal ni comunicativo. Existen variaciones lingüísticas, entre las que se puede citar la elección del idioma, la utilización de un lenguaje simple o elaborado, la elección de los tiempos verbales, etc., y existen, por otro lado, variaciones no lingüísticas como el ritmo, el tono y el volumen de la voz. Al estudio de las variaciones no lingüísticas se dedica la paralingüística.

El tono: La cualidad del tono que interesa aquí es el tono afectivo, esto es, la adecuación emocional del tono de voz utilizado en la conversación. El tono es un reflejo emocional, de forma que la excesiva emocionalidad ahoga la voz y, el tono se hace más agudo.

El volumen: quién inicia una conversación en un estado de tensión mal adaptado a la situación, habla con un volumen de voz inapropiado. Un volumen elevado, suele ser síntoma de querer imponerse en la conversación, y está relacionado con la intención de mostrar autoridad y dominio. El volumen bajo puede indicar la intención de no se quiere hacer el esfuerzo de ser oído, con lo que se asocia a personas introvertidas.

El ritmo: El ritmo se refiere a la fluidez verbal con que se expresa la persona. En la vida normal el ritmo lento o entrecortado, revela un rechazo al contacto, un mantenerse a cubierto, un deseo de retirada, y frialdad en la interacción. El ritmo cálido, vivo, modulado, animado, está vinculado a la persona presta para el contacto y la conversación.

Algunos estudios entienden el paralenguaje como una manifestación del estado de la interacción. Esto se ha observado principalmente en dos díadas: médico-paciente y madre-hijo.

En las díadas médico - paciente se comprobó que los doctores cuyas voces se clasificaron como menos irritantes y más ansiosas tuvieron más éxito en tratar a nuevos pacientes alcohólicos. En las díadas madre - hijo, se comprobó que las madres cuyas voces se clasificaban con un alto nivel de ansiedad y enfado, recibían signos de irritabilidad de sus hijos, tales como gritos y trastornos en el acto de la separación.

*Proxémica:* Se refiere al amplio conjunto de comportamientos no verbales relacionados con la utilización y estructuración del espacio inmediato de la persona. Hay dos principales ámbitos de estudios en la proxémica: a) estudios acerca del espacio personal, b) estudios sobre la conducta territorial humana.

El espacio personal se define como el espacio que nos rodea, al que no dejamos que otros entren a no ser que les invitemos a hacerlo o se den circunstancias especiales. Se extiende más hacia delante que hacia los lados, y mínimo en nuestras espaldas. El espacio personal se estudia desde dos enfoques: la proximidad física en la interacción, y el contacto personal.

Respecto a la proximidad existen diferencias no solo culturales, sino también situacionales y personales. En general, cada persona dispone de una espacio personal alrededor, implícito, que cuando es roto por alguien en la interacción, produce

incomodidad, sensación de amenaza y/o tensión, a no ser que se den circunstancias especiales que justifiquen la mayor proximidad o que la persona la haya demandado.

La orientación corporal se suele emplear como ‘barrera territorial’ para impedir violaciones del espacio personal.

El contacto físico por otra parte, es más probable en unas situaciones que en otras. Es más probable cuando alguien da información o consejo que cuando lo recibe, al dar una orden más que al recibirla, al hacer una favor más que al agradecerlo, al intentar persuadir a alguien más que al ser persuadido, en una fiesta más que en el trabajo, al expresar entusiasmo más que al presenciarlo, al escuchar las preocupaciones de los demás que al expresarlas. El contacto suele ser iniciado con más frecuencia por los hombres que por las mujeres. En general, suele iniciar el contacto físico la persona que en la interacción tiene más estatus o tiene posición de dominio sobre el otro. Así es más probable que inicie el contacto el jefe hacia el empleado, el viejo hacia el joven, el médico hacia el paciente, que al revés. En general el contacto corporal fomenta el agrado mutuo, por lo que es un modo de promover reacciones favorables en los demás.

Un tipo de contacto físico muy frecuente son los apretones de manos. Hay que tener en cuenta que el objeto de un apretón de manos es saludar o despedirse de alguien, o consolidar un acuerdo. Para que pueda cumplir su objetivo ha de ser muy positivo, cariñoso y cordial.

Las caricias con contactos corporales reservados para aquellos entre los que existe una relación muy íntima. En la vida cotidiana solemos sustituir las caricias físicas por caricias verbales. Estas caricias son muy importantes para mejorar las relaciones interpersonales, y son las más adecuadas entre desconocidos. Por otra parte, en general, dar una palmadita en la espalda es un gesto de aliento y apoyo. Pasar nuestro brazo por encima de los hombros de otra persona como gesto cordial o protector es una forma de indicarle que puede contar con nosotros. Tocar también es una forma de llamar la atención, y se puede emplear para guiar o dirigir a otra persona hacia algún sitio.

Conducta territorial humana: Los estudios sobre el tipo de espacio que necesita la gente para vivir razonablemente, incluye también ámbitos de trabajo. De este tipo de estudios ha surgido el concepto de ‘espacio defendible’, que es el espacio que cada uno necesita para vivir, y que defiende contra toda intrusión, no deseada, por parte de otras personas. Si los espacios están muy juntos o si hacen que la gente se aglomere en determinados puntos, llegará un momento en que surgirán tensiones que pueden desembocar en hostilidad abierta y en conductas agresivas.

Para conocer el punto de vista social sobre este tema resultan valiosos los aportes de Ligia Marina Paredes (1995. Prólogo): “La comunicación es fundamentalmente el diálogo mediante el cual los hombres participan y “comulgan” de un mismo mundo existencial, de un idéntico destino y de una similar vocación personal, no obstante las diferencias sociales y la diversidad cultural de los distintos sectores de la sociedad.

A través del diálogo los hombres producen, interpretan e intercambian experiencias, conocimientos y valores que posibilitan conocer y transformar la naturaleza, la sociedad y la cultura para humanizarlas, de tal manera que permitan la personalización del individuo, la socialización del conocimiento y la dignificación de la existencia humana. Es decir, la comunicación tiene un sentido pedagógico y una intencionalidad formativa.

“... está íntimamente ligada a la lucha por la representación simbólica de la realidad y al reconocimiento mutuo entre las personas, a partir de la producción, el intercambio y la interpretación de mensajes, utilizados para producir diversas funciones: informativas, persuasivas, directivas e integrativas, relacionadas con procesos de expresión personal, relación e interacción social, identificación cultural, concientización y cambio en las estructuras mentales, socioafectivas y operacionales. ... es un fenómeno antropológico – cultural y un proceso social e histórico, inherente a la naturaleza humana. Por lo tanto, se debe comprender el significado y el sentido de la comunicación en el desarrollo humano, para evitar reducirla a los procesos técnicos y medios masivos de comunicación”. (Paredes, 1995)

Un aspecto que no debe soslayarse es la relación comunicación – poder. Ha surgido una comunicación de élite, la cual expresa no solo las relaciones de poder, sino la ruptura entre los poderosos, letrados y privilegiados, frente a los “débiles”, “analfabetas” y “marginados”; pues la información se acumula y monopoliza a favor de las estructuras e intereses dominantes. El poder tiene que ver con el uso que de las comunicaciones hacen quienes lo controlan en tal forma que la distorsionan, ocultan, limitan, presentan de forma incompleta, inconexa, desdoblada, manifiesta y /o oculta según las conveniencias y circunstancias. A lo largo de la historia ha sido evidente el control de la comunicación social. Se establecieron sistemas para comunicarse de urgencia, para transmisión de mensajes destinados a influir sobre lo inmediato, así mismo sistemas constituidos por signos estables para identificar lugares, creencias,

personas. Y sobre todo sistema se establecieron controles por parte del poder, como el monopolio de los medios de comunicación y el control legal a través de normas reguladoras de la comunicación entre particulares. Desde la antigüedad se tuvo clara conciencia del papel desestabilizador que tenía la libertad de comunicar.

“... la “comunicación masiva” es una expresión de la sociedad moderna y de la “cultura de masas”. A diferencia de la comunicación interpersonal, es impersonal y pública, anónima y homogénea; se realiza a través de medios artificiales.....desde esta perspectiva se debe comprender el significado de una “comunicación individual”, autónoma, libre, responsable y solidaria en la cual el individuo deje de ser un objeto pasivo para convertirse en sujeto activo, protagonista y generador de un discurso de calidad creciente y fundamentalmente ético: auténticamente participativo y democrático y profundamente personalizante y liberador. (Paredes, 1995).

En el siglo XIX el pensamiento de la sociedad como organismo, como conjunto de órganos que cumplen determinadas funciones, inspira las primeras concepciones de una ciencia de la comunicación, entendiéndola como factor de integración de sociedades humanas. (Mattelart y Mattelart, 1997).

La producción social de la comunicación “supone la existencia de información que se produce, distribuye y usa de forma institucionalizada y que concierne a los acontecimientos que interesan a la comunidad en su conjunto” (Manuel Martín Serrano, citado en Paredes, 1995. pg. 32)

En los procesos comunicativos se producen representaciones del mundo, es decir relatos cuyas funciones son:

- representar y explicar el mundo.
- conservar la ideología de un pueblo.
- representar los diferentes papeles sociales

#### *Paralelo Entre Teorías Tradicionales Y La Teoría De La Acción Comunicativa*

Como ejemplo de las tradicionales teorías sobre la comunicación es elocuente la siguiente que resulta ser un desarrollo de la conocida propuesta de Shannon

La comunicación<sup>6</sup> es la consideración y acción de impeler un impulso o partícula desde el punto fuente, a través de una distancia, hasta el punto receptor; con la intención

---

<sup>6</sup> [www.scientology.org/helpspn/sh5](http://www.scientology.org/helpspn/sh5) Consultado Junio 2002

de hacer que exista en el punto receptor, una duplicación y comprensión de lo que emanó del punto fuente.

Duplicación es el acto de reproducir algo con exactitud. Emanar significa “surgir”.

La “fórmula” de la comunicación es: causa, distancia, efecto, con intención, atención y duplicación con comprensión.

Cualquier comunicación lleva consigo una partícula que puede estar en una de cuatro categorías: un objeto, un mensaje escrito, una palabra hablada o una idea.

Se pueden examinar los diferentes componentes de la comunicación al observar dos unidades de vida, una de ellas “A” y la otra “B”. “A” y “B” son terminales; terminal significa un punto que recibe, retransmite y envía comunicación.

Primero está la intención de “A”. Esto, en “B” se vuelve atención, y para que tenga lugar una verdadera comunicación, debe tener lugar una duplicación en “B” de lo que emanó de “A”. Por supuesto, para que “A” emane una comunicación, debió prestar atención originalmente a “B”, y “B” debió dar a esta comunicación cierta intención, al menos para escucharla o recibirla; de manera que se tiene tanto causa como efecto que tienen intención y atención.

El factor de la duplicación se puede expresar como realidad o como acuerdo. El grado de acuerdo que se alcanza entre “A” y “B” en este ciclo de comunicación, se convierte en la realidad de ambos, y esto se logra mecánicamente por duplicación. En otras palabras, el grado de realidad que se alcance en este ciclo de comunicación depende de cuanta duplicación haya. “B” como efecto, debe duplicar en cierto grado, lo que emanó de “A” como causa, para que tenga lugar la primera parte del ciclo. Entonces “A”, ahora como efecto, debe duplicar lo que emanó de “B” para que concluya la comunicación. Si esto sucede, no existen consecuencias perjudiciales. Si no ocurre esta duplicación en “B” y luego en “A”, obtenemos el equivalente a un ciclo de acción incompleto. Si “B”, por ejemplo, no duplicó ni siquiera vagamente lo que emanó de “A”, no se llevó a cabo la primera parte del ciclo de comunicación y podría producirse una buena cantidad de movimiento que no se puede predecir, discusión y explicaciones. Si “A”, a su vez, no duplicase lo que emanó de “B” cuando “B” era causa en el segundo ciclo, ocurriría de nuevo un ciclo incompleto de comunicación con la consecuente falta de realidad.

Son características de estos modelos: (Gualdrón, 1993).

1. Propuestos como la forma más económica de transmitir mensajes, al eliminar el ruido se eliminan la ambigüedad y los errores.
2. Se privilegia al emisor, quien crea el sentido a partir del código.
3. El receptor es pasivo, su papel es reconstruir – duplicar- el mensaje.
4. En consecuencia la comunicación es unidireccional, con un solo sentido válido.
5. Para que el mensaje tenga significado debe existir un código común emisor – receptor.
6. Se basa en la racionalidad orientada al éxito.

Sus limitaciones son:

1. Limita la comunicación a la producción de instrumentos, privilegiando las ciencias naturales y va en detrimento de la reflexión y la dimensión de la cultura.
2. Elimina la posibilidad de crítica y el espacio político minimizando el sentido de la opinión pública.
3. Abordan la realidad con una razón instrumental de eficiencia, que busca lo concreto, lo absoluto, lo verdadero, lo que se puede demostrar y comprobar.

La “acción comunicativa “se refiere a la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y acción que (ya sea con medios verbales o extraverbales) entablan una relación interpersonal. Los actores buscan extenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones”. El concepto central, el de interpretación, se refiere primordialmente a la negociación de definiciones de la situación susceptibles de consenso. (Habermas, 1999). Es un proceso que busca la comprensión, el entendimiento y acuerdo esenciales en la acción social.

Depende de contextos: lugar, época, situación social, oficio, creencias, valores, que son parte del mundo de la vida de los interactuantes.

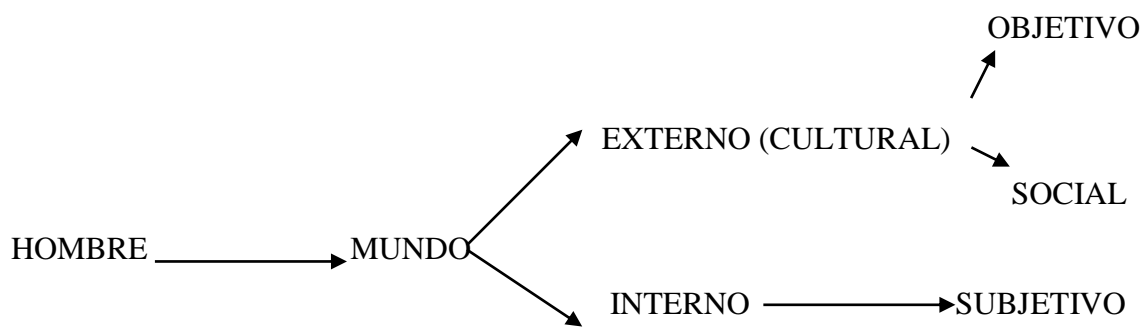
Según Bulhler, (Citado en Gualdrón, 1993) el lenguaje es un medio que cumple a la vez tres funciones distintas íntimamente relacionadas entre sí:

- Las expresiones empleadas sirven para expresar las vivencias de los protagonistas de la comunicación (mundo subjetivo).
- Para referirse a estados de cosas, al conocimiento práctico y al conocimiento científico (mundo objetivo).
- Para entablar relaciones con otros actores (mundo social).

En el lenguaje (en general en la comunicación) se conjugan tres aspectos: entender – se con alguien sobre algo (no buscar que me entiendan).

El hombre en su proceso de construcción, se relaciona con los tres mundos:





Mundo objetivo: estado de las cosas existentes. Se supone idéntico para todos los observadores. Se materializa en: formas simbólicas, objetos de uso, tecnología, palabras y teorías, libros y documentos, acciones.

Mundo social: relaciones establecidas entre las personas por ser reconocidas como orientadoras de la acción social. Materializado en: instituciones, normas jurídicas, prácticas y usos normativamente regulados.

Mundo subjetivo: vivencias individuales, estructura de la personalidad, que subyacen a la interpretación de las necesidades, deseos y actitudes afectivas. Se considera mundo por cuanto es compartido por los sujetos en los actos comunicativos.

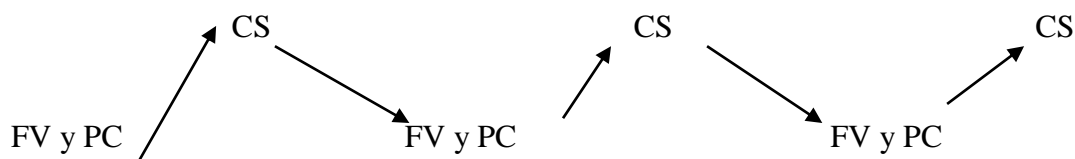
Mundo de la vida: se refiere a la vida cotidiana. Es el fundamento que le da sentido a los tres mundos, es la fuente de donde proceden las definiciones, el modo de ver, de percibir las diversas situaciones que orientan la acción social.

	Conocimiento, teoría, tecnología, objetos
FORMAS	Patrones culturales
MUNDO DE LA VIDA	
SIMBOLOS	Instituciones y normas
SIGNOS	Estructuras de la personalidad

Al interpretar el mundo, en sus relaciones y acciones, los miembros de una comunidad de comunicación crean los mundos objetivo, social y subjetivo de cada uno, los cuales son diferentes según los grupos y comunidades. Las imágenes del mundo, las construcciones simbólicas, se trenzan con formas de vida, con las prácticas cotidianas

de los sujetos socializados y, a partir de ellas se entienden entre sí sobre temas centrales de la vida personal y social, así como sobre los procesos que tienen lugar en el mundo objetivo. Cada grupo crea sus propios sistemas culturales de interpretación o imágenes del mundo las cuales reflejan el saber de fondo del grupo y garantizan la posibilidad de entendimiento a través de las acciones que se realizan en la vida cotidiana.

Lo descrito se puede esquematizar con la siguiente relación dialéctica:



FV = formas de vida

PC = práctica cotidiana

CS = creaciones simbólicas

#### *Aspectos Básicos De La Teoría De La Acción Comunicativa*

- Considera el acto comunicativo como la unidad básica de comunicación por medio de la cual un sujeto se entiende con otro(s) sobre algo del mundo. Actuar es realizar acciones cotidianas y comunicarse es realizar actos para entenderse con otro(s) sobre algo: persuadir, prometer, comprometer, etc. Por la acción hacemos que algo suceda y que se produzcan cambios en la situación en que participamos.
- Realizamos acciones que suponen tres dimensiones:
  1. Decimos algo: acto locutivo.
  2. Hacemos algo: prometer, ordenar, informar, etc. acto ilocutivo.
  3. Provocamos efectos en los demás: persuadir de hacer algo, conseguir obediencia, obtener una súplica, tomar compromisos. El efecto de la acción ejercida sobre alguien, sus creencias o actitudes: acto perlocutorio.
- Plantea una nueva racionalidad: la racionalidad comunicativa, la que se alimenta de la experiencia histórica y personal para alcanzar el entendimiento entre personas ó grupos sociales mediante razones ó motivos. Considera la subjetividad de los puntos de vista y espera superarla llegando a consensos sociales por el poder de los mejores argumentos. tiene en cuenta las múltiples perspectivas que surgen del mundo, de la vida de los participantes en la comunicación para que se comprometan mutua y racionalmente.

De esta manera el sentido surge del mundo de la vida, de la cotidianidad y se consolida en el propio proceso comunicativo.

- La teoría de la acción comunicativa implica también pretensiones de validez. La racionalidad comunicativa remite al manejo discursivo de las pretensiones de validez, y a las relaciones que los actores establecen con el mundo cuando reclaman validez para sus emisiones.

El concepto de entendimiento como un acuerdo racionalmente motivado que se logra entre los participantes, se mide a través de las pretensiones de validez que son tres, a saber: la pretensión de:

1. que el enunciado que se hace es verdadero (o que en efecto se cumplen las condiciones de existencia del contenido preposicional cuando éste no se afirma sino sólo se “menciona” )
2. que el acto de habla tiene legitimidad, o sea que es correcto en relación con el contexto normativo vigente ó de que el propio contexto normativo en cumplimiento del cual ese acto se ejecuta, es legítimo
3. que la intención expresada por el hablante coincide realmente con lo que este piensa  
“El hablante pretende, verdad para los enunciados ó para las presuposiciones de existencia, rectitud para las acciones legítimamente reguladas y para el contexto normativo de estas, y veracidad para la manifestación de sus vivencias subjetivas” (Habermas, 1999).

El acuerdo no puede forzarse, no puede ser impuesto por ninguna de las partes. No existe un solo criterio de “verdad”, cada mundo puede ser evaluado según pretensiones de validez propios de cada uno. Como los actores se refieren a algo en los mundos objetivo, social y subjetivo, entablan simultáneamente en los tres planos pretensiones de validez que pueden aceptarse ó ponerse en tela de juicio.

Según Gualdrón (1993) estos son los alcances de esta propuesta:

- Amplia el concepto de racionalidad, para aplicarlo a la ciencia, la técnica, las relaciones sociales, la moral, la política, el arte, la vida personal, esferas donde también es posible hablar de racionalidad.
- Plantea el paso de la razón instrumental a la racionalidad comunicativa y dimensiona el mundo de la vida.

- Tiene en cuenta el progreso técnico y la emancipación política, el avance científico y la crítica reflexiva, la reproducción material y la representación que el hombre hace de la realidad a través del lenguaje.
- Se basa en la argumentación, en el entendimiento, en la racionalidad comunicativa.
- Intenta analizar y comprender los procesos sociales en el marco de la humanización y de la participación del hombre en la construcción de su propia realidad.
- Dimensiona características humanas: solidaridad, respeto, tolerancia, diálogo, participación, en procura de lograr una convivencia civilizada en una sociedad heterogénea ya que considera que gracias a la diversidad es posible el consenso social
- Pretende lograr la interacción a partir de los rasgos universales que hacen posible la comunicación entre diversas culturas y grupos sociales.
- Brindan alternativas humanas como autonomía individual, posibilidades de consenso social, participación democrática y fortalecimiento del mundo de la vida y de la opinión pública.”

### 8.2.3 INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES Y ROLES

Las personas habitualmente viven en organizaciones, desde la familia, hasta las de salud pasando por las laborales. Ellas se convierten muchas veces en razones para ser y tener.

Por esta razón, viene al caso discutir los conceptos relativos a institución, organización y grupos, para lo cual se seguirá muy de cerca a Schvarstein (1997), para quien *institución* significa un nivel de la realidad social expresado en “cuerpos normativos jurídicos-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social”. Su materialización se da en las *organizaciones*, es decir en construcciones sociales complejas a manera de establecimientos donde por medio de valores, símbolos, signos, significados y del lenguaje, se posibilitan las relaciones entre sus miembros. Instituciones y organizaciones normatizan y son también el escenario en el que ocurren los intercambios. Las organizaciones cumplen además el papel de mediadoras entre lo institucional y los individuos. Son ejemplos de instituciones la salud, la religión, la sexualidad, la educación, el salario, la justicia. Cada una se particulariza en organizaciones concretas según el tiempo y el lugar, pudiendo responder una misma organización a varias instituciones. Las instituciones prescriben roles y modos de desempeño. La institución salud, se revela en organizaciones como centros de salud o de tipo hospitalario, en organismos administrativos y reguladores y, en nuestro país también como organizaciones que actúan como intermediarias financieras. Otras instituciones también se manifiestan en las organizaciones de salud, como el salario, determinando como, cuándo y quien paga; o la justicia estableciendo responsabilidades, resarcimientos y penas. Sin embargo esta determinación no es absoluta, por eso se habla de la relación instituido – instituyente. El concepto de instituido es lo establecido, lo dominante, en un orden social determinado. Las fuerzas de cambio que siempre aparecen como oposición se denominan lo instituyente, y merced a ellas el orden social no es inmutable. La relación entre ambas configura la dinámica social. Entre instituciones y organizaciones se establece de igual modo una relación recíproca, como la de instituido – instituyente. En algunos casos será inevitable atender a la influencia de lo instituido, así una organización sanitaria no pudo sustraerse a la legislación o a la circulación de dinero en un medio social dado, pero en otros aspectos las organizaciones mantendrán la singularidad que le dan su experiencia, sus valores, su

historia , sus metas, su cultura, merced a las cuales adquieren identidad y en ello la determinación de lo institucional no pueda expresarse. Dependiendo del grado de determinación se habla de organizaciones objeto o que se desarrollan al compás de influjos externos, y organizaciones sujeto, las que mantienen un grado razonable de autonomía en su devenir.

Un ejemplo concreto y actual del influjo institucional en las organizaciones, y como consecuencia en las relaciones que estas establecen tanto a su interior y con otros actores sociales, ha sido la creación de intermediarios bajo la figura de EABS y más específicamente en la conducta de algunas de estas definida como “integración vertical”.

En toda organización existen, y no de manera aislada o pura sino concurrentes pero en distinta medida según la situación, varias *clases de racionalidades* que están influenciando las relaciones intra y extra organizacionales. Son estas: la *política* o lucha por el poder y reconocimiento; *afectiva*, que refleja la capacidad de integración o disociación de los afectos respecto a las tareas, es decir si me agrada y gratifica lo que hago, si me motiva el trabajo en común, etc.; *técnica* o que reconoce lo productivo como prioritario, privilegia los procedimientos y la tecnología; *económica*, referida a las condiciones materiales de vida y a variables de tipo financiero; *ideológica*, que expresa una concepción del mundo y de uno mismo, implica dar un sentido y una significación; y finalmente *estructural*, la que se aferra los principios organizativos, las normas y protocolos. Los conflictos en el seno de las organizaciones deben enmarcarse y entenderse desde estas racionalidades.

En las organizaciones existen instancias constituidas por colectivos de personas, ubicadas en las mismas coordenadas de tiempo y espacio, vinculadas por tareas comunes (lo que hacen), y a través de lo cual crean una representación de sí mismos y de los otros, son los *grupos*. Los grupos pueden establecer relaciones competitivas o cooperativas, unos predominan y otros se subordinan. La participación en las organizaciones se da de acuerdo a estos *roles* o “pautas de conducta estable, constituidas en el marco de reglas también estables, determinadas por las organizaciones a manera de estrategias para afrontar situaciones que se repiten buscando reducir la variedad de conductas posibles para tornarlas previsibles. Es decir se trata de un asunto de economía para el manejo de la organización y tienen un doble carácter, restrictivo por un lado, pero productor por el otro pues sin ellas sería muy difícil la interacción para el desarrollo de tareas comunes. Estos patrones

organizacionales, son asumidos y desarrollados por cada individuo de manera diferente, lo cual se denomina desempeño.

Los roles suelen establecer diadas institucionales, para el caso que estamos tratando: trabajador de salud (médico, enfermera, bacterióloga, etc.) –paciente, o médico – enfermera, todos signados por el poder y lo institucional. Sin embargo, esto no es ineludible, en ocasiones un médico puede establecer un vínculo con el paciente, distinto al tradicional, similar por ejemplo al de un sacerdote y su feligrés o al de maestro alumno, si escucha, aconseja, enseña o consuela.

#### 8.2.4 LA AFECTIVIDAD

En la presentación del problema de investigación aparece un punto que no puede soslayarse si la pretensión es acercarse a un entendimiento lo más comprensivo posible del mismo: el papel de la afectividad. Por tanto es menester detenerse en algunas consideraciones sobre el tema.

El término engloba los distintos fenómenos de sensación, emoción, sentimiento, asumiendo que pertenecen a un mismo fenómeno, lo afectivo en general.

*El concepto de emoción:* Las emociones son una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece cada situación. En cada instante se experimenta algún tipo de emoción o sentimiento. El estado emocional varía a lo largo del día, en función de lo que ocurre y de los estímulos que se perciben.

Otras definiciones proponen que son estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos, y otras con estados anímicos permanentes. Estas se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta motivada.

Las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación. Las emociones como los motivos pueden generar una cadena compleja de conducta que va más allá de la simple aproximación o evitación.

Robert Plutchik<sup>7</sup>, identificó y clasificó las emociones en 1980; propuso que los animales y los seres humanos experimentan 8 categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adaptativa. Estas son temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación; cada una de estas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente aunque de diferentes maneras.

Según Plutchik, las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el

---

<sup>7</sup> [www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml](http://www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml). Consultado Octubre 2002



desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza. Estas emociones varían en intensidad, la ira, por ejemplo, es menos intensa que la furia, y el enfado es aún menos intenso que la ira.

Se pueden reconocer en toda emoción dos componentes bien diferenciados. Por un lado, un componente cualitativo que se expresa mediante la palabra que se utiliza para describir la emoción (amor, amistad, temor, inseguridad, etc.) y que determina su signo positivo o negativo. Por otro lado, toda emoción posee un componente cuantitativo que se expresa mediante palabras de magnitud (poco, bastante, mucho, gran, algo, etc.), tanto para las emociones positivas como negativas.

Wukmir plantea que la emoción es una respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación le parece favorecer su supervivencia, experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y si no, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.). De esta forma, los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula, en cada situación, buscando aquellas situaciones que son favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándoles de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas).<sup>8</sup>

*Aspectos sociales de las emociones:* Las emociones van acompañadas de diversas expresiones del cuerpo, existen una serie de reacciones emocionales que pueden ser llamadas sociales, porque en la producción de las mismas intervienen personas o situaciones sociales. Estas emociones sociales son:

- Cólera: se produce por la frustración de no obtener lo que necesitamos o deseamos.
- Temor: se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre.
- Emociones agradables: existe una serie de emociones sociales que tienen el carácter de ser agradables y liberadoras de tensión y excitación en las personas. Estas son: gozo, júbilo, amor y risa.

Los estados emocionales, es decir, los sentimientos dependen tanto de la actividad fisiológica, como del estado cognitivo del sujeto ante tal activación.

*Aspectos psicológicos de las emociones*

Frustraciones y conflictos

---

<sup>8</sup> [www.biosychology.org/biopsicologia/articulos.htm](http://www.biosychology.org/biopsicologia/articulos.htm) Consultado Octubre 2002

La frustración se produce cuando aparece una barrera o interferencia invencible en la consecución de una meta o motivación. La frustración y los conflictos son sucesos ordinarios de la vida. Ellos no sólo interactúan entre sí, sino que vienen a ser una de las fuentes más importantes del comportamiento humano. De la manera como el individuo los resuelva, dependerá, en gran medida su salud mental.

Hay frustraciones de origen externo, que pueden ser "físicas", como la imposibilidad de encender el carro antes de salir del trabajo, y "sociales", como la falta de dinero para llevar a una fiesta a una amiga, o las negativas de la misma a acompañarnos.

En segundo lugar, están las frustraciones de origen interno que son, entre otras, la no adaptación emocional y la falta de tolerancia a las mismas. De este modo el logro y el fracaso, así como la dependencia e independencia, son las principales fuentes internas de frustración y de acción.

La repetición de la frustración tiende a desarrollar la distancia entre su causa y la reacción; y puede llegar el momento en que se ha perdido la noción del origen de la frustración.

Con relación a los conflictos pueden considerarse de cuatro tipos.

- a) Cuando la elección debe ser hecha entre varias alternativas agradables, como la elección de carrera.
- b) Cuando la elección debe hacerse ante un solo camino, cuyo recorrido se desea o no.
- c) Un tercer tipo de conflictos se da cuando se representan dos metas a elegir, y una de ellas es desechada pero no del todo.
- d) Existe un cuarto tipo de conflicto, que sucede cuando debe hacerse una elección entre dos cosas malas o incorrectas o desagradables.

Si el conflicto es grave y prolongado puede crear una gran tensión y quebrar o trastornar la salud mental.

*Aspectos fisiológicos de las emociones:* Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas. Entre las más importantes se cuentan:

- Las alteraciones en la circulación.
- Los cambios respiratorios.
- Las secreciones glandulares

El encargado de regular los aspectos fisiológicos de las emociones es el Sistema Nervioso. El sistema nervioso autónomo acelera y desacelera los órganos a través del sistema nervioso autónomo o vegetativo, que se divide en simpático y parasimpático; la

corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas.

*Bases neurofisiológicas:* A través de su evolución, el cerebro ha adquirido tres componentes los cuales aparecieron progresivamente y se superpusieron. Estos son: el cerebro primitivo, el intermedio y el superior o racional.

Las tres capas cerebrales aparecieron sucesivamente durante el desarrollo del embrión y el feto (ontogénesis) durante la evolución de las especies animales (filogénesis), desde los lagartos hasta el homo sapiens. Las tres unidades conforman un único cerebro.

La primitiva está en el tallo cerebral y la parte media del cerebro (tálamo e hipotálamo), siendo la responsable de la auto preservación. Allí los mecanismos de agresión y conductas repetitivas se desarrollan. Donde ocurren las reacciones instintivas del arco reflejo y los comandos que permiten algunas acciones involuntarias y el control de ciertas funciones viscerales (cardíaca, pulmonar, intestinal, etc.), indispensable para la preservación de la vida.

En 1878, al neurólogo francés Paul Broca le llamó la atención un área sobre la superficie media del cerebro mamífero, por debajo de la corteza, que contiene varios núcleos de materia gris (neuronas) a la que denominó lóbulo límbico ya que forma un borde alrededor del tallo encefálico. Estas estructuras se desarrollaron con el surgimiento de los mamíferos inferiores (primitivos). Este sistema controla ciertas conductas que son necesarias para la supervivencia de todos los mamíferos. Modula funciones específicas que le permiten al animal distinguir entre lo agradable y lo desagradable. Aquí se desarrollan funciones afectivas específicas, como la que induce a las hembras a cuidar y proteger a sus crías. Las emociones y sentimientos, como ira, miedo, pasión, amor, odio y tristeza, son inventos mamíferos originados en el sistema límbico. Este sistema también es responsable de algunos aspectos de la identidad personal y de importantes funciones relacionadas a la memoria.

Cuando surgieron los mamíferos superiores, se desarrolló la tercera unidad cerebral: el neopallium o neocorteza (“cerebro racional”), una red de células neuronales altamente compleja capaz de producir un lenguaje simbólico. El neopallium es el gran generador de ideas o, como lo expresa MacLean, “es la madre de la invención y el padre del pensamiento abstracto”.

Las estructuras cerebrales que interviene en la afectividad, están interconectadas tanto anatómicamente como físico – químicamente. Son bien conocidas las moléculas

químicas denominadas neurotransmisores que envían mensajes entre las neuronas o células del sistema nervioso central. Recientemente se han postulado conexiones de tipo físico y que no implican contigüidad espacial, como la resonancia de regiones separadas del cerebro que se “sintonizan” oscilando a determinadas frecuencias. Este concepto hace parte de las investigaciones del neurofisiólogo colombiano Rodolfo Llinás.

Los mecanismos perceptivos de que disponen organismos vivos les permiten reconocer aquellos estímulos que son significativos para su supervivencia: para obtener comida, para protegerse de un ataque, etc. La percepción tiene como objeto reconocer los estímulos, saber que son. Pero esto no es suficiente para un ser vivo. Además, necesita saber si lo que ha percibido y ha reconocido, le es útil y favorable para su supervivencia o no. Es entonces cuando entran en juego las emociones.

*Teorías acerca de las emociones:* En 1880, William James formuló la primera teoría moderna de la emoción; casi al mismo tiempo un psicólogo danés, Carls Lange, llegó a las mismas conclusiones.<sup>9</sup> Según la teoría de James - Lange, los estímulos provocan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo y las emociones son resultados de ellos. Propuso que una persona, luego de percibir un estímulo que la afecta de alguna manera, desarrolla cambios fisiológicos tales como palpitaciones, falta de aire, ansiedad, etc. Al tomar conciencia de estos síntomas (por parte del cerebro) se crean las emociones. En otras palabras, las sensaciones físicas son las emociones.

En 1929, Walter Cannon refutó la teoría de James y propuso otra, que pronto fue modificada por Phillip Bardand y se conoció como la teoría Cannon - Bard. Esta dice que cuando una persona se enfrenta a un evento que la afecta de alguna manera, el impulso nervioso viaja directo al tálamo donde el mensaje se divide. Una parte va hacia la corteza para originar las experiencias subjetivas como miedo, ira, tristeza, alegría, etc. La otra va al hipotálamo para determinar los cambios periféricos neurovegetativos (síntomas). De acuerdo con esta teoría, las reacciones físicas y la experiencia emocional ocurren simultáneamente. Esto señala un aspecto muy importante: lo que se ve, escucha o en todo caso percibe, desempeña un papel importante en la determinación de la experiencia emocional que tiene.

En 1937, el neuroanatomista, James Papez demostraría que la emoción no es una función de ningún centro cerebral específico, sino de un circuito que involucra cuatro

---

<sup>9</sup> Ibid.

estructuras interconectadas: el hipotálamo con sus cuerpos mamilares, el núcleo talámico anterior, el gyrus cingulata y el hipocampo. Este circuito (circuito de Papez), actuando en armonía, es responsable de las funciones centrales de las emociones (afecto) como también de las expresiones periféricas (síntomas).

Más recientemente, Paul MacLean, aceptando las bases de la propuesta de Papez, creó la denominación de sistema límbico y agregó nuevas estructuras al circuito: las cortezas orbitofrontal y frontal media (área prefrontal), el gyrus parahipocampal y grupos subcorticales como la amígdala, el núcleo talámico medio, el área septal, el núcleo basal prosencefálico y algunas formaciones del tallo encefálico.

Los humanos tenemos la red de conexiones más grande entre el área prefrontal y las estructuras límbicas tradicionales. Quizá es por eso que presentamos la mayor variedad de sentimientos y emociones. Aunque algunas señales de afecto pueden ser percibidas en los pájaros, el sistema límbico comenzó a evolucionar luego de los primeros mamíferos, siendo prácticamente inexistente en los reptiles y anfibios.

En los años treinta del siglo XX dos fisiólogos atribuyeron a la célula la capacidad emocional: Von Monakow y Mourgue supusieron en sus trabajos un germen afectivo en cada célula formulándolo como "*un sentir de presión y de sufrimiento*".<sup>10</sup>

Las teorías cognitivas de la emoción, afirman que nuestras cogniciones nos dicen qué emoción estamos experimentando, que nuestra respuesta emocional y nuestras expectativas pueden influir inclusive en la manera en que respondemos a sensaciones internas.

Izard puso en tela de juicio la teoría cognitiva, proponiendo a su vez que el ser humano nace con la capacidad de experimentar varias emociones bien diferenciadas. En su punto de vista, las situaciones evocan un patrón especial de expresiones faciales y de posturas corporales, que el cerebro traduce en una experiencia emocional apropiada.

V.J. Wukmir, 1967 propone la que denomina teoría oréctica de las emociones.

“La teoría oréctica considera la función afectiva del organismo - persona como un modo general de todo lo vivo que le permite la orientación frente a las presiones y los riesgos del sobrevivir. Postula además que las expresiones del lenguaje común tales como emoción, sentimiento, afecto, etc., apuntan hacia el mismo fenómeno afectivo, oréctico, y que este fenómeno surge en todos los sitios del organismo

---

<sup>10</sup> <http://www.biopsychology.org/wukmir/eyes/eyes2.htm> Consultado Octubre 2002

en los que se lleva a cabo una operación de la orientación vital, trátase de una célula o de muchas. .... Si tal postulado es válido, la extensión de lo afectivo, de lo oréctico, viene a ser muy general en todos los niveles del organismo. Pertenecen al fenómeno afectivo en primer lugar las grandes categorías emocionales, analizables también conscientemente por el hombre y para las cuales tanto el lenguaje común como el científico tradicional emplean los términos de *emoción y sentimiento*, tales como el amor, el odio, el miedo o la angustia, la ira, la paz, las emociones de lo bueno, de lo bello, de lo religioso, del éxito o de la frustración, etc. Pero la teoría oréctica reclama para lo afectivo también algunas categorías que hasta ahora se han atribuido al dominio de la razón, insistiendo en que, como por ejemplo en la comprensión y en general en toda valoración de situaciones vitales, de cosas y de personas, lo afectivo es lo que predomina y determina la orientación. Esto vale igualmente para la autovaloración que produce los fenómenos orécticos de orgullo o de soberbia, de moderación y de humildad, la indiferencia, la duda, el aburrimiento, etc. Viene después la serie de los fenómenos que hemos llamado *paraemociones*: la atención, la curiosidad, la espera, la simpatía o antipatía, etc. Y la numerosísima categoría de las emociones reactivas, del tonus afectivo-reactivo que representa la serie de nuestras sintonías y distonías (llamadas también "timias"), de nuestras alegrías y penas, del placer y del disgusto, con sus variaciones de sentirse uno libre u oprimido, inferior o inseguro, solitario o comprendido en la convivencia.”<sup>11</sup>

La lógica biológica del concepto oréctico descansa sobre el concepto de que toda elaboración de un estímulo en el organismo, consciente o subconsciente, obedece a las mismas leyes de la orientación vital en cualquier ser viviente; la cual empieza con la llegada del estímulo a un receptor; que el mecanismo de tal elaboración, a lo largo de integración de los factores y regido por los criterios de la utilidad vital, es igual en un

---

<sup>11</sup> Ibid

protozooario que en el hombre, y que la igualdad esencial de estas operaciones descansa en el procedimiento oréctico, el del *sentir subjetivo*.

Con la extensión de lo afectivo sobre toda la elaboración del estímulo, la teoría oréctica subraya la evidencia de que el organismo no hace otra cosa que elaborar estímulos en cada momento y en todos sus niveles, procurando sobrevivir entre las presiones que le vienen por fuera y por dentro. Este sobrevivir significa la obligación de valorar y que esta valoración, nada mecánica, le cuesta esfuerzos y tensiones para cuya medición dispone de criterios en el sentir subjetivo. Las situaciones concretas de cada momento, en todos los niveles del organismo, cambian constantemente. El cambio obliga a crear comportamientos de adaptación a la vida siempre precedidos por una (adecuada o inadecuada) elaboración afectiva de estímulos.

### 8.3 MARCO CONCEPTUAL

Tanto en el horizonte como en la base de esta investigación se delinearán varios conceptos.

En primer lugar se asume que en las acciones que suceden en el área de la salud, lo preeminente es lo relacional y que aspectos como lo tecnológico, lo científico o lo económico son subsidiarios de la relación intersubjetiva, de la interacción entre personas. Se trata, por tanto, de una actividad social, que en consecuencia posee una dinámica de tipo psicosocial. Esta convicción es la que nos lleva a emprender la búsqueda que relatamos en la investigación, porque siendo lo relacional un elemento privilegiado del quehacer en el sector salud, resulta necesario considerarlo en las aproximaciones que se hagan en esta actividad.

Ahora bien, la presente aproximación se inserta en un marco construccionista cuyo origen se ubica en lo propuesto por Berger y Luckman: "*La construcción social de la realidad*". Pero hay que establecer claramente que entendemos por ello. En ocasiones desde este tipo de enfoque se parte de la idea de no existencia de un mundo social "verdadero", pre-existente a los fenómenos, que fundamentaría toda explicación y desde el cual se presupondrían significaciones; sino de la existencia de distintas construcciones sociales de la realidad (Berger - Luckmann). La justificación de esta postura es que busca alejarse del "esencialismo" cuyas preguntas giran en torno a los "por qué" para tener en cuenta más bien el "cómo" se producen determinadas

significaciones, es decir cómo se construye en un grupo determinada visión de la realidad. Ello implica privilegiar el punto de vista interno de una comunidad o grupo, frente al punto de vista externo. El punto de partida es la visión de los sujetos, sus categorizaciones, valoraciones y percepciones, y la tarea del investigador, la de interpretar de lo interpretado por los sujetos. Esta perspectiva busca comprender el proceso interpretativo de las acciones humanas.

Adherimos a la reivindicación que se hace de lo significativo / interpretativo y del papel activo de(l) (los) sujeto(s), pero no compartimos la no existencia de un mundo social "verdadero. Más apropiado nos parece el nuevo concepto de realismo constructivista, propuesto como una ontología alternativa que integra el positivismo y el constructivismo y los métodos implicados. De acuerdo con ello el primer paso es admitir un mundo social (o mundos) que es reflejado en las actitudes naturales de la vida cotidiana (tal como lo expone la objetivación de las representaciones sociales, según veremos a continuación) y que existe anterior e independientemente de cualquier análisis positivista o constructivista .

¿Como se maneja en la presente investigación el problema de la *Subjetividad*? En sentido estricto, la objetividad en los análisis cuantitativos se refiere a la correspondencia entre los datos y los resultados, y a su vez el "dato" es considerado reflejo del "hecho empírico". Si se lleva este criterio al análisis cualitativo, el ideal de objetividad implicaría el conocimiento de la realidad "tal cual es" (una realidad objetiva). Esta postura se ha cuestionado ampliamente desde los paradigmas no positivistas. Por un lado, observando que el dato *no es* el hecho empírico, sino una construcción del investigador de acuerdo a los objetivos de la investigación y su marco conceptual y referencial. El dato es entonces un material simbólico, un proceso de síntesis y atribución de sentido. Por otro lado conocer la realidad "tal cual es" supondría la existencia de una realidad pre- existente a los individuos, pero inmutable y que no daría cuenta de las múltiples relaciones que la configuran. Entre estas múltiples relaciones se hallan las que establece el investigador con su objeto de conocimiento. Estas consideraciones no se oponen al rigor científico, pues el mismo se avala con la sistematización del proceso investigativo, los pasos y operaciones realizadas por el investigador para arribar a tal o cual resultado y con la contextualización del estudio. Incluso se plantea una mayor transparencia, al considerar la subjetividad del investigador como componente del proceso, pero procurando que sea una "subjetividad



rigurosa". Para ello se deben poseer herramientas analíticas que posibiliten explicitar las intervenciones del analista y controlar interpretaciones apriorísticas. Lo que se quiere relevar es el papel de los individuos que concurren como actores y co autores en la investigación, pero sin obviar la existencia de ciertas estructuras, de un contexto histórico y espacial en el cual existen y se relacionan los individuos.

Un concepto clave para este trabajo es el de *Representaciones / Interpretaciones*, según el cual conocer la visión de los sujetos implica aproximarse a sus representaciones de la realidad, para luego analizar cómo la dinámica del interjuego de las mismas reproduce y produce modos de acción sobre la realidad. Según D. Jodelet "las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto".

Si ellas son, de acuerdo con Alonso (1998. 97): "las formas de conocimiento, colectivamente elaboradas y compartidas, con una orientación práctica y permanentemente actualizable, y que determinan la forma común en la que los diferentes grupos humanos construyen e interpretan su realidad y la de otros colectivos", entendemos que la construcción de representaciones es una actividad en la que se fusionan percepción (de una realidad externa) y concepto (producto de la elaboraciones personales- sociales que de la realidad se hacen) y que los dos establecen una relación dialéctica, es decir de coexistencia con mutua dependencia y momentos de tensión. Este proceso de representación es eminentemente simbólico, porque conforma figuras a las que se asigna un significado.

En la configuración de la realidad que los grupos y los individuos hacen mediante representaciones, existe un mediador fundamental: *la comunicación*. Desde los objetivos planteados el concepto y práctica de comunicación tradicionales deben re-evaluarse y por tanto considerar otras formas de entender la comunicación. La orientación que se propone tiene un carácter más participativo y deliberativo encontrando su basamento en la teoría de la Acción Comunicativa de Junger Habermas.

Comunicación nos remite a otro concepto, mediante el cual podemos captar la aprehensión que de la realidad hacen sujetos y colectivos. Se trata del *Discurso*. El cual no se circunscribe al lenguaje (oral o escrito), sino que se refiere a la relación entre un conjunto de signos (de distinta naturaleza) pertenecientes a un determinado universo (que puede ser el del paciente, el del grupo médico o de enfermería o quienes se desempeñan en el área administrativa del sector salud) que a su vez se vincula (concordando u oponiéndose) con otros universos. El análisis de lo discursivo no considera solo los códigos, la lengua, sino la relación que implica aquello que acompaña a lo que se dice, como los fenómenos de la voz, entonaciones, emotividad - lo paralingüístico -, los aspectos visuales de la comunicación como los gestos - lo cinésico -, y el estudio del espacio en que tiene lugar el acto - lo proxémico. También se debe analizar el campo práctico en el que se desarrolla el discurso.

Para el caso que nos ocupa, este se encuentra delimitado por la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 crea el *Sistema General De Seguridad Social En Salud* (SGSSS) con el objetivo de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población a todos los niveles de atención. Está integrado por: organismos de dirección vigilancia y control (Ministerio de seguridad social, Consejo Nacional de seguridad social en salud y Superintendencia de Salud), organismos de administración y financiación (EPS, Direcciones seccionales y locales de salud, Fondo de solidaridad y garantía – Fosyga, hoy Fisalud -), las IPS, los cotizantes, los beneficiarios, los comités de participación comunitaria y las demás entidades de salud que estén adscritas al Ministerio. Sus reglas rectoras son: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones prestadoras, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Finalmente, todo el trabajo está cobijado por la visión del *materialismo dialéctico*. La palabra dialéctica se origina del griego *dia*, que significa dualidad, cambio es *lektikos*. Se fusionan en *dialogo* que significa dialogo o polémica. Los griegos entendían por dialéctica el arte de descubrir la verdad poniendo de manifiesto las contradicciones en los argumentos del adversario.

La dialéctica es la ciencia de las leyes generales del movimiento, tanto del mundo externo cuanto del pensamiento humano. Para Hegel la naturaleza es

representada por un proceso. Siendo idealista, explica la realidad como constituida por la marcha del pensamiento.

Marx y Engels parten del significado de dialéctica hegeliana, más entienden que el dato primero es el mundo material y no la idea. Para el materialismo el movimiento es propiedad fundamental de la materia y existe independiente de la conciencia. La materia es un dato primario y la conciencia, un dato secundario. El materialismo dialéctico parte del presupuesto de que los fenómenos materiales son procesos y que la realidad es dinámica. Por eso, el abordaje de la realidad solo puede ser hecha de manera dialéctica, que considera los fenómenos en su dependencia reciproca. “La dialéctica enfoca las cosas y su imágenes conceptuales, sustancialmente, en sus conexiones mutuas, en su entronque y concatenación, en su dinámica, en su proceso de génesis y caducidad” afirmaba Federico Engels. De ahí la importancia de la categoría totalidad que determina el predominio del todo sobre las partes constitutivas.

Tal como las describen estos autores sus bases son:

1. Todo está en constante cambio o movimiento. Las cosas, las personas y la sociedad están transformándose permanentemente.
2. Todas las cosas y fenómenos están relacionadas entre sí, se dependen y relacionan mutuamente. Para analizarlas tenemos que verlas en sus relaciones, si nó nos pueden parecer absurdas.
3. El crecimiento de las cosas no es solo cuantitativo (en cantidad) sino cualitativo (en la calidad). Los cambios en cantidad se van acumulando hasta provocar o dar origen a cambios en la esencia de las cosas.
4. El desarrollo de las cosas se produce por que en ellas hay contradicciones, fuerzas opuestas. En todo encontramos algo que nace y algo que muere, algo positivo y algo negativo, no hay día sin noche, bien sin mal, alegría sin tristeza. Se debe tratar de descubrir lo que está naciendo pero que puede significar el desarrollo de las cosas. El estado de las cosas se da por el predominio de uno de los contrarios, y cuando el opuesto empieza a prevalecer hay una transformación. Por ejemplo en el desarrollo del hombre la adolescencia es una contradicción entre el niño que deja de ser y el adulto que se debe llegar a ser.

Desde la vertiente materialista sus fundamentos son:

1. El mundo es algo material. Los variados y múltiples fenómenos del mundo constituyen diversas formas y modalidades de la materia.

2. La materia la naturaleza, el ser, son realidades objetivas, o sea que existen fuera de nuestra conciencia e independientemente de ella. La materia es lo primero, constituye la fuente de la que se derivan las sensaciones, las percepciones y la conciencia.
3. El mundo y las leyes por las que se rige son cognoscibles.

En el contexto dialéctico, la conciencia del ser humano, aún siendo determinada por la materia y estando históricamente situada, no es pasiva. El conocimiento del determinismo por ejemplo, libera al ser humano por medio de la acción de este sobre el mundo. A nuestro modo de ver no se niega la subjetividad, ni el papel agente del individuo, puesto que la dialéctica afirma que no solo lo material moldea la conciencia, las representaciones y las ideas, sino que también estas pueden modular la “realidad objetiva”, introducirle cambios y matices, por cuanto la realidad social es histórica, condicionada por las relaciones entre los seres humanos, y por tato cambiante.

La contribución del método dialéctico para la investigación consiste en la comprensión de las respuestas humanas en cuanto fenómenos históricos y, por lo tanto en constante movimiento, y la existencia de caras opuestas.

## **9. PERSPECTIVA (TIPO) Y ENFOQUE DE INVESTIGACION**

La perspectiva de investigación propuesta es CUALITATIVA.

Por investigación cualitativa se entienden los estudios que proporcionan una descripción o explicación del fenómeno estudiado, de su esencia, naturaleza y/o comportamiento, en contraste con la exposición ofrecida en la investigación cuantitativa a manera de números o cifras. La investigación cualitativa es corriente en las ciencias humanas, mientras que en las ciencias naturales la tendencia es a favor del enfoque cuantitativo. No obstante, muchos fenómenos pueden ser estudiados con cualquiera de ambos métodos, o con ambos, y es al investigador a quien corresponde elegir. Actualmente existe una tendencia a conciliar, mediante la complementariedad, estos dos enfoques investigativos que en ocasiones se presentan como opuestos y excluyentes. A ello contribuye el mencionado realismo constructivista.

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque científico HISTÓRICO HERMENEÚTICO. “El interés que mueve este tipo de enfoques no es controlar ni predecir; su propósito fundamentalmente es ubicar y comprender porqué la dinámica de los hechos sociales o de sus expresiones se orienta de tal manera y no de otra; es desentrañar rigurosamente las condiciones y factores particulares que hicieron posible tal acción, tal punto de vista, tal discurso. A partir de estas aproximaciones interpretativas de la sociedad pueden derivarse implicaciones prácticas, orientaciones para comprender y actuar en el aquí y en el ahora, pero sin ninguna pretensión de estar frente a una ley o una prescripción universal.” (Torres, 1999, 98). Específicamente es HERMENEUTICO por cuanto el propósito inicial es describir e interpretar el tejido de las relaciones del grupo de cuidado de salud con los pacientes (hospitalizados) que ocurren en un entorno hospitalario y, además las interrelaciones entre los miembros de lo que se define como equipo de salud, a partir de la información, de la experiencia, de los imaginarios de los implicados en ese colectivo (médicos, enfermeras, otros profesionales del área de la salud incluyendo a otro personal de la clínica como recepción, administración y servicios generales). Sin embargo se espera cuestionar tanto la práctica propia y cotidiana como aspectos externos a la organización estudiada que son estructurales del sector salud y en ese sentido también se aproxima al enfoque CRITICO SOCIAL.

## 9.1 METODOLOGIA

En lo METODOLÓGICO se acogió el consejo de Torres (1998) sobre utilizar de manera ecléctica el arsenal de métodos y técnicas que ofrece este enfoque investigativo.

*LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS:* El proyecto de investigación realizado pretendió describir, interpretar, comprender y modificar aspectos de las relaciones que se dan en un ámbito hospitalario entre los funcionarios de la institución (médicos y otros profesionales del área de la salud, enfermeras, personal administrativo y de apoyo) y entre ellos y los usuarios (pacientes del mismo).

El estudio encontró que la meta de adquirir la percepción más completa posible del objeto (lo cual exigía asumirlo como una entidad holística cuyos atributos pueden entenderse en su totalidad solamente cuando se examinan todos simultáneamente, en otras palabras, estudiando al objeto como un todo) resulta excesivamente alta y hecha esa consideración, se estimó pertinente limitarlo a los siguientes aspectos:

- Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre el paciente.
- La comunicación entre estos actores.
- El papel de la afectividad
- Las relaciones entre roles en el medio hospitalario

Por otro lado, se adoptaron los siguientes criterios para la selección de la metodología:

1. Que sus fundamentos se vinculen con el paradigma o perspectiva de aproximación.
2. Que el proceso analítico sea transparente, es decir que puedan explicitarse las operaciones realizadas.
3. Que brinde un marco para organizar los datos, ya que un método debe garantizar la contemplación de todos los datos recolectados y facilitar su presentación en forma sistemática.
4. Que posibilite miradas nuevas, teniendo en cuenta que el objeto de estudio no es ajeno a nuestra vida cotidiana, y como tal se corre el riesgo de sólo "ver lo que siempre vemos", y "no ver lo que nunca vemos".
5. Que permita "confirmabilidad" y confiabilidad, es decir que se pueda confirmar que

los datos y resultados construidos se vinculan con contextos y personas y no son producto de la imaginación del investigador.

A la luz de las pretensiones y necesidades del presente trabajo investigativo y los requisitos reseñados se adoptan como METODOS DE INVESTIGACION los siguientes:

- Etnografía
- Investigación acción participativa
- Teoría fundada en datos

Como ya se ha reseñado la unidad de referencia empírica está constituida por el grupo de personas que labora en la Clínica Boyacá de Duitama, asumiendo que en su función todos tienen como objetivo el mantenimiento y promoción de la salud así como el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de una población de usuarios, directa o indirectamente.

La unidad de referencia analítica son los textos resultantes de la desgrabación de las discusiones de grupo y las observaciones registradas en el diario de campo producto de una observación participante.

*9.1.1 ETNOGRAFIA:* Si bien existen opiniones contrarias<sup>12</sup>, de acuerdo con Torres Carrillo (1998), se asume la etnografía como “un enfoque metodológico de investigación de tipo cualitativo ... para estudiar agrupaciones sociales en las que se observan distintos tipos de fenómenos”, junto con los postulados que este autor cita sobre las nuevas corrientes etnográficas:

- La conceptualización empírica “interna”, desde la mirada de sus protagonistas.
- La conceptualización contextualizada e históricamente ubicada.
- La conceptualización teórica que trasciende la particularidad de la realidad estudiada y orientada a la producción de conocimientos amplios sobre el tema analizado.

Se describen cuatro fases no lineales:

---

<sup>12</sup> Gutiérrez y Delgado (Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales, pg.145) no consideran pertinente la expresión “método etnográfico” afirmando que la etnografía es lo que se hace y el resultado de investigar mediante observación participante. Es decir que para ellos sería un instrumento de la O P.

1. preparación inicial: definición del foco y las cuestiones de la investigación (formulación del problema, estrategia investigativa), metodología preliminar y grupo de estudio.
2. acceso al escenario, selección de informantes y exploración inicial.
3. recolección sistemática de los datos (trabajo de campo).
4. análisis e interpretación de los datos.

Siendo el investigador parte del equipo de salud el trabajo se cumplen los requisitos de inmersión en el medio que se estudia y conocimiento del mismo, que exige este método

#### *9.1.2 INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA: La Investigación Acción*

Participativa es una estrategia deliberada de investigación que se enfoca en la búsqueda de soluciones concretas a los diversos problemas que enfrentan las comunidades.

Se caracteriza por ciclos espirales de identificación de problemas, recolección sistemática de datos, reflexiones sobre las experiencias obtenidas, análisis de los datos recolectados, acciones concretas basadas en los datos obtenidos, evaluación de dichas acciones y, finalmente, la redefinición del problema.

La asociación de los términos investigación y acción tienen el objetivo de resaltar la esencia de este método, en el cual se intenta poner en práctica las soluciones desarrolladas con la participación activa de la comunidad. De esta manera se busca de forma concreta y activa ampliar el conocimiento sobre, y buscar la solución a, los problemas que enfrentan las comunidades.

##### *Postulados de la Investigación Acción Participativa*

- La Investigación Acción Participativa requiere una atención y un respeto consciente a la diversidad humana.
- Los problemas y dificultades que enfrentan las personas en las comunidades son más fáciles de entender y solucionar al observar y compartir con las personas dentro de su contexto social, cultural, económico e histórico.
- La Investigación Acción Participativa es un proceso de colaboración participativa entre la comunidad y el investigador.
- La Investigación Acción Participativa está basada en el respeto y aprecio al saber popular, así como a la gran capacidad humana de desarrollar conocimiento colectivo. Este conocimiento colectivo es únicamente posible si existen estructuras democráticas y participativas.



- La participación activa de la comunidad es necesaria en todos los niveles: en la identificación del problema a solucionar, identificación de los recursos, análisis de datos, puesta en práctica de las posibles soluciones y evaluación.
- La Investigación Acción Participativa busca movilizar las ciencias de la conducta humana a promover el bienestar de los seres humanos y sus comunidades de forma comprometida y efectiva.

El involucrarse en Investigación Acción Participativa conlleva el compromiso de solidarizarse con las personas que sufren problemas y dificultades, y de trabajar concientemente en la erradicación de la inequidad y la desigualdad.

La pretensión en este trabajo fue que quienes se relacionan con el cuidado del paciente, tanto directa como indirectamente, asuman un papel que no se limite a suministrar información sino a utilizarla como instrumento de reflexión y re elaboración de su práctica y su posición conceptual respecto a su quehacer en la organización, a discernir distintos ámbitos del mismo tales como el sentido de su trabajo, las características de los que se encuentran a su cuidado, el papel de la comunicación y el afecto en su actividad y su rol dentro del grupo. El curso de la investigación generó en los mismos participantes una serie de soluciones a necesidades identificadas por ellos mismos. Por esto se configura una investigación de tipo INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA (ó INVESTIGACION ACCION REFLEXION).

*9.1.3 TEORÍA FUNDAMENTADA EN LOS DATOS:* La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) es una metodología de investigación de naturaleza exploratoria con énfasis en la generación y desarrollo de teorías que especifican los fenómenos y las condiciones para su manifestación.

En la teoría fundamentada en los datos la colecta y el análisis de los datos son concomitantes y la muestra se constituye de conceptos teóricos. El análisis se hace a medida que se recolecta la información, puede consistir en un sistema de codificación, y descubrimiento de categorías con su desarrollo e integración alrededor de una categoría central, con la cual se construye una interpretación teórica que explicará el proceso. En este caso es un proceso o esquema ordenado que explica la conducta humana ante un fenómeno. Este método ayuda en la construcción de los conceptos teóricos que propicien el delineamiento de las respuestas humanas y de los contextos donde ellos acontecen.

## 9.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Consecuentes con el enfoque de la investigación las TÉCNICAS de este trabajo son de tipo cualitativo, utilizándose varias de ellas.

La Clínica Boyacá acostumbra a realizar reuniones periódicas por áreas o sectores, las cuales constituyen un espacio y un momento privilegiado para discutir, compartir y reflexionar sobre las experiencias comunes transformándolas en GRUPOS DE DISCUSIÓN.

La observación es el pilar de toda investigación y en particular de la que sucede en las ciencias sociales, en este caso por la situación del investigador y los objetivos iniciales del estudio se hace uso de la OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

- 9.2.1 *Grupos de discusión*: para Alonso (1998, 94) “...es fundamentalmente un proyecto de conversación socializada en el que la producción de una situación de comunicación grupal sirve para la captación y análisis de los discursos ideológicos y de las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social”. Aprovechan la dinámica del grupo y permiten alcanzar comprensión y profundización de las cuestiones fundamentales del tema de estudio. Es una metodología que incluye la noción del grupo como protagonista de un trabajo participativo, que produce conocimiento sobre sí mismo y su práctica, con la creación de nuevos sentidos. “... un pequeño grupo de personas que comentan y debaten sobre una serie de temas discriminantes o “estímulos”, inducidos en una dinámica interactiva por un director o moderador formal de la reunión, durante una duración variable de tiempo; pero que suele estar entre los noventa minutos y las dos horas. El grupo de discusión tiende así a recrear, en situaciones parcialmente controladas y pautadas, una vivencia colectiva focalizada en temas deliberadamente seleccionados según un guión tentativo, perfectamente modificable por el director de la discusión, según ésta se desarrolla, y que se presentan como los puntos de anclaje básico para la construcción del sentido de los grupos”. (Alonso, 1998, 94). Debe diferenciarse de las dinámicas de grupo clínicas con intenciones terapéuticas sean de tipo conductista o psicoanalítico.

Siguiendo a este autor, el grupo de discusión se sitúa en la función metalingüística del lenguaje y pertenece a la esfera de los discursos porque opera sobre la realidad construida socialmente, a partir de universos simbólicos, imaginarios y representaciones sociales, los cuales pueden ser captados a partir de los discursos y así adentrarnos en la cultura o universo social del grupo social de referencia. “.. es un

dispositivo que se establece sobre la base de la identidad social y de sus representaciones, siendo estas representaciones sociales las formas de conocimiento, colectivamente elaboradas y compartidas, con una orientación práctica y permanentemente actualizable, y que determinan la forma común en la que los diferentes grupos humanos construyen e interpretan su realidad y la de otros colectivos”. (Alonso, 1998, 97).

La propuesta es hablar de lo que no se habla: como conceptualizamos al paciente, a nuestra práctica, cuáles son los miedos, los prejuicios, los propios rechazos. Crear un espacio donde podamos facilitar un intercambio entre colegas sobre la práctica cotidiana. En la búsqueda de la objetividad, deben incluirse los aspectos emocionales del paciente pero también los del médico o cualquiera otro involucrado en actividades que se relacionan con el cuidado de salud.

“La conversación grupal es capaz de recrear los entornos cognitivos - conjunto de supuestos que los individuos son capaces de representarse mentalmente aceptándolos como manifiestos y verdaderos, - a partir de los cuales despliegan sus estrategias enunciativas como representantes subjetivos de posiciones objetivas. La grupalidad se toma aquí, por tanto en términos de identidades sociales, esto es, de cómo los sujetos comparten y se identifican con categorías - valores, normas, atributos tópicos, convenciones, sobreentendidos, etc. - que asientan y perfilan sus comportamientos ; dándoles a estos la forma de naturalidad, desde la que se conforman el sentido común y los marcos de interpretación con que se percibe y se actúa en el mundo de la vida, espacio en el que los sujetos interactúan cotidianamente. El análisis de la conducta social que el grupo de discusión es capaz de realizar se instala en el nivel de lo latente, de la comprensión de los discursos y de las representaciones que montan el habitus desde el que los sujetos le dan significado a las acciones que realizan y sentido a los mensajes que reciben”. (Alonso, 1998, 100).

Lo importante en el texto producido por el grupo, y en ese sentido es realmente un co- texto, no es su estructura lingüística sino el contexto (lo social - histórico, es decir el aquí y ahora, el tiempo, lugar y circunstancias de su producción) y la intertextualidad (lo dialógico en, y de, su producción), en suma, la significación social del habla. Alonso apela a Habermas apuntando que el grupo de discusión “se inscribe en un espacio de realidad social enmarcado en el mundo de la vida, en cuanto

que relaciones e intercambios intersubjetivos de la cotidianidad”, siendo “capaz de recrear los universos simbólicos que dan consistencia a las actuaciones comunicativas de los sujetos.” Y mostrar como los actores se construyen y son contruidos en sus contextos cotidianos de interacción, ... al ponernos en el mundo de la vida nos situamos en el campo de las ideologías<sup>13</sup> como estructuras generativas y constituyentes”. (Alonso, 1998,114). Siendo el análisis de la información obtenida de un grupo de discusión, un análisis socio hermenéutico, en el que la reconstrucción de los intereses de los actores nos aparece como un modelo de comprensión del texto (co-texto) grupal, en su contexto social y en la historicidad de sus planteamientos, advierte que no es “el desmigajamiento de un corpus buscando sus unidades de significación elementales, ... sino que es la sistematización de ese corpus, por un modelo concreto de representación, lo que le otorga significación a los enunciados, ... por un doble proceso, asimilación - integración de los enunciados en el modelo -, y adaptación - transformación del esquema en función de los resultados enunciativos-“. (Alonso, 1998, 116).

Se ha afirmado: “El medico que solo sabe Medicina, no sabe ni siquiera Medicina.” Igual aplica para todos los integrantes del equipo de cuidado de salud. Bajo este aforismo se amplía el concepto de “formación”, implicando un compromiso del sujeto tal, que lo lleva a pasar por procesos de reestructuración de su identidad profesional, a partir de la incorporación de nuevos contenidos alrededor de un saber sobre sí mismo. La creación de un espacio vincular, el del grupo, que en el afán de analizar otro vínculo, el de la relación con el paciente, da la posibilidad de alcanzar identidad, compartir la dificultad profesional, producir respuestas alternativas e investigar los múltiples sentidos de nuestra practica, la inserción de la organización en los determinantes del orden institucional, el significado social de nuestra función.

- 9.2.2 *Observación Participativa*: permite ir a los protagonistas, participar en su construcción y a partir de la vivencia en el contexto y por medio de la reflexión de las relaciones que se presentan entre la práctica y la construcción de significados, co construir participando del proceso de construcción descubriendo el sentido, la dinámica y los procesos de los acontecimientos que viven los protagonistas en el medio en que se desarrolla, permitiendo la descripción desde el punto de vista de los protagonistas.

---

<sup>13</sup> Alonso define ideología como la toma de conciencia práctica por parte de los grupos de sus intereses y sus conflictos.

Para describir la situación analizada se dedica a descubrir el sentido, la dinámica de los procesos, de los actos, de los acontecimientos y de las afirmaciones textuales de los protagonistas. Estas relaciones descriptivas aportan información sobre las situaciones en que se mueven y las percepciones que tienen los protagonistas sobre la situación en que viven, también tiene en cuenta sus expectativas y necesidades.

Se favorece de esta manera la intersubjetividad tomando en consideración los significados que los protagonistas de la investigación atribuyen a sus actos, además da la oportunidad de ver la interdependencia entre observador-observado ya que el investigador lleva un registro de sus percepciones, sentimientos, expectativas, sus temores, sus satisfacciones, sus vacilaciones, sus buenas o malas relaciones con los demás protagonistas, sus sentimientos ante valores desarrollados en el grupo, etc. Es decir sus impresiones subjetivas referentes a los acontecimientos que viven en el transcurso de la investigación, dando lugar al análisis, interpretación y comprensión de la realidad.

### *9.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS*

- Diarios de Campo: permiten sistematizar la información y ser conscientes del proceso de investigación como tal. Ya que en este se lleva un registro de hora, día, fecha, lugar, actividad, objetivo, protagonistas, acuerdos y análisis de lo que percibe el investigador, los recursos que utilizó y una descripción de las actividades que permiten hacer un seguimiento paso a paso de la investigación.

Hay propuestas variadas sobre las formas concretas de elaborarlo.

Para Martínez (1991,78) “la forma más concreta y práctica es transcribir las entrevistas, grabaciones y descripciones en los dos tercios derechos de las paginas, dejando el tercio izquierdo para la categorización, recategorización y anotaciones especiales. Conviene enumerar las páginas y las líneas del texto, para su fácil manejo posterior, y separar o marcar adecuadamente con algún símbolo los textos de los diferentes interlocutores”

Muñoz, Quintero y Munévar (2001) describen como las notas de campo se pueden registrar en tres niveles de escritura:

- Nivel descriptivo: es objetivo, tal como la persona dice o hace. No implica análisis.

- Nivel interpretativo: se da significado, se interpreta lo que se observa.
- Nivel para reflexiones, conclusiones y puntos para mejorar.

En el registro de datos cualitativos se utilizan planos, mapas, esquemas, dibujos, cuadros, matrices, diagramas, frases sencillas, sentencias, abreviaciones, símbolos, códigos tan variados como se necesiten y que porten una mejor información. El Esquema Diario de campo se presenta en el anexo No.1

- Grabaciones de los grupos de discusión ( o mas estrictamente las desgrabaciones y su transcripción) fueron el instrumento concreto.

La mecánica consistió en proponer al grupo una discusión en referencia al paciente, mediante la invitación del moderador a exponer y discutir las ideas, conceptos o definiciones que nuestra práctica concreta nos sugiere. En sendas reuniones se discutió sobre el paciente y la comunicación, respectivamente. Las dos involucraron cuestiones relacionadas, como la afectividad y el rol social.

#### *9.4 PROCEDIMIENTOS*

**GRUPOS DE DISCUSIÓN:** Esta actividad contó con seis grupos de discusión, integrados entre seis y doce personas, distribuidos así: enfermeras; médicos generales; administración (incluye facturación, contabilidad, tesorería); recepción (contando con telefonista, citas médicas y recepción de urgencias); servicios generales y mantenimiento; y un grupo con las profesionales en bacteriología, nutrición, terapia y farmacia. Abordaron dos temáticas que aparecen como necesarias de considerar a la luz de los propósitos de la investigación: el paciente y la comunicación, indagando y reconstruyendo las representaciones que sobre el se tienen. Secundariamente (mas bien de manera emergente) se mencionaron el papel del afecto, el trabajo en equipo y el rol de cada persona en el grupo de cuidado de salud, entre otras.

El cierre de las sesiones se efectuó un aporte del investigador. Para la primera temática se dio lectura al documento propuesto por un grupo de médicos para que la Clínica lo adoptase, sobre “Derechos y deberes de los pacientes”, al cual se le hicieron aportes y preguntas. En la siguiente reunión se realizó una corta exposición que ilustraba y condensaba el tema de la comunicación, desde el punto de vista de sus modalidades, la importancia y función de cada una.

También se echó mano del DIARIO DE CAMPO consustancial al método etnográfico. En él se registraron observaciones sobre las actuaciones y sucesos cotidianos como evoluciones y procedimientos de los médicos, entregas de turno de enfermería y procedimientos de las profesionales no médicas, interrelación de recepción, administración y servicios generales con los pacientes, charlas habituales e informales entre los miembros de la clínica,

La sistematización y el análisis periódico de la información hicieron parte del desarrollo del proyecto a lo largo del mismo, aunque su énfasis estuvo en momentos específicos en que se contó con un volumen suficiente de información. Su producto se utilizó para ofrecer retroalimentación a los participantes en el mismo lo que a su vez se convirtió en mecanismo de validación.

### 9.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

*Análisis de los datos:* Para Polit y Hungler (2000) “la finalidad del análisis de datos independientemente del tipo de estos y del método de colecta, es ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer”. Según estas autoras en este tipo de indagaciones, para el análisis no hay reglas sistemáticas lo que dificulta la presentación de conclusiones, a lo que se suma el habitual gigantismo de la información y el reto de reducir los datos que harán parte del informe final.

A la luz de las metodologías empleadas en esta investigación, el análisis de los datos obtenidos debe tener estas características:

- Objetivo: Búsqueda de tendencias, tipologías, regularidades o patrones y la obtención de datos de carácter ideográfico.
- Recogida y el análisis de datos son simultáneos.
- Proceso de análisis sistemático y ordenado aunque no rígido.
- Proceso interactivo y repetitivo. Implica volver sobre los datos, analizarlos y replantear el proceso. Interroga y se deja interrogar por la realidad.
- No es la última fase de la investigación dado que es un proceso cíclico.
- Los datos necesitan traducirse a categorías para realizar comparaciones y posibles contrastes.

- La reducción de datos no se realiza en un momento aislado sino a lo largo de todo el proceso.
- El análisis mantiene una estrecha relación con el diseño del estudio.
- Búsqueda de técnicas y procedimientos válidos para llegar a establecer inferencias y saber si se han alcanzado o no los objetivos propuestos.

Entre las metodologías pertinentes para el análisis de lo discursivo se encuentra el llamado **análisis del contenido** cuya hipótesis directiva es que existen en un texto o corpus de textos, indicadores o palabras claves que tienen carácter de categorías interpretativas a priori, mediante cuya identificación se alcanza una caracterización contrastada de los productores de tales textos.

Pablo Navarro y Capitolina Díaz, en Delgado y Gutiérrez (1995) se fundamenta epistemológicamente en la existencia de actos o acciones tales como las decisiones de los individuos, que a su vez expresan un sentido de las mismas; estos diversos modos de expresividad humana se organizan en diversos tipos de lenguajes, los cuales resultan siendo el mecanismo por el que la subjetividad del agente se manifiesta y el instrumento para establecer relaciones intersubjetivas con las que se teje la interacción social. Es posible interpretar un determinado sistema de interacciones y comprender la subjetividad de sus actores mediante el lenguaje. Se consideran lenguaje lo verbal, lo escrito, lo gestual, el arte, etc. y en un sentido más amplio sus productos son textos: desde lo escrito, pasando por las grabaciones, hasta el vestuario o la arquitectura. Las más importantes formas del lenguaje son la verbal y la escrita, pero como en investigación social suele transcribirse la oralidad en escritura, los textos escritos son el producto de la expresividad más utilizados en este tipo de investigaciones.

Cuando se habla de análisis de contenido “se alude en realidad, no al texto mismo, sino a algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo como instrumento. Desde este punto de vista, el “contenido” de un texto no es algo que estaría localizado dentro del texto en cuanto tal, sino fuera de él, en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido.” (Navarro y Díaz, en Delgado y Gutiérrez, 1995).

Por eso estos autores al describir el análisis de contenido lo ubican dentro del amplio conjunto de técnicas denominadas **análisis textual**, una familia de técnicas para estudiar los textos sociales, entre las cuales está el análisis de contenido restringido a las expresiones verbales (orales o escritas). Este concepto nos traslada a otro tipo de metodologías que siendo parte del campo denominado análisis textual, lo superan en



cuanto a sus pretensiones interpretativas ya que las mismas centran sus esfuerzos en descubrir o revelar el sentido subyacente de los discursos (de ahí su nombre: **análisis del discurso**) a diferencia del análisis de contenido que busca establecer conexiones existentes entre el nivel sintáctico y los niveles semántico y pragmático de los textos. Las metodologías de análisis del discurso utilizan teorías abarcadoras como el materialismo dialéctico, el psicoanálisis, el estructuralismo, como marco interpretativo. El análisis de contenido es una técnica básicamente analítica, en tanto para el análisis del discurso lo relevante es lo interpretativo. Los autores mencionados establecen una relación entre el análisis de contenido y el análisis del discurso según la cual la teoría analítica, definidora de la metodología de análisis de contenido, debe servir a la interpretación la cual dará los resultados finales de la investigación. En otras palabras, una sirve a la otra y esta última realiza a la primera.

Diferentes también son las técnicas que se basan exclusivamente en el estudio sintáctico (lingüístico, morfológico o de “superficie”) de los textos.

Las técnicas desarrolladas por la tradición de análisis de contenidos son muchas. La “estándar” consiste en la codificación del contenido de un corpus (conjunto de textos orales o escritos - verbales-), con base en una desagregación analítica en unidades, con las cuales luego se construyen categorías.

*El Análisis del Discurso:* Como ya se mencionó es una metodología cualitativa cuyo objetivo consiste en establecer el contenido semántico de los conceptos correspondientes a los términos efectivamente utilizados en determinados textos. Se diferencia del análisis de contenido al no admitir un conocimiento a priori de ninguna clase, en cuanto al contenido semántico del lenguaje, sino que se propone explicar, respecto de cada término, de qué modo se construye tal contenido o significación en función de su uso en el contexto en el que aparece. Una propuesta de esta metodología (que recoge la relación previamente descrita entre el análisis de contenido - técnica analítica - y el análisis del discurso - técnica interpretativa), parte de la identificación de unidades semánticas mínimas o Enunciados (EN), para la construcción de Redes de Enunciados (RE), las cuales nos permiten, a partir de las relaciones de isotopía entre redes construir Hiper - Redes Secuenciales (HRS) y por contrastación Hiper - Redes Contrastantes (HRC) para así arribar a una Construcción Explicativa. Es decir, si en el análisis va surgiendo una relativa homogeneidad entre determinados enunciados que contienen un mismo término y contruidos por distintos productores de textos (un

Mundo Semiótico Posible), y lo mismo ocurre entre determinadas RE, y a su vez esta homogeneidad se contrasta con EN y RE contruidos por otro grupo de productores que contienen el mismo término (otro MSP), y éstas a su vez a otras, entonces se podría decir que se está conociendo la dispersión de posibilidades socialmente vigentes para construir la significación del término, en determinada comunidad. Ello conducirá a la identificación de las Formaciones Enunciativas efectivamente vigentes en determinada comunidad. Se determinarán de este modo: la vigencia social de las relaciones semánticas presentes; los mundos semióticos posibles, y, la superación de las contradicciones que se presentan. Resulta una técnica apropiada a los objetivos de la presente investigación y al sujeto – comunidad de estudio que se ha subdividido en seis componentes que actuarán como mundos semióticos posibles y permitirán efectuar contrastes y redes.

Una técnica de este tipo es la **Semiótica de Enunciados** desarrollada por el sociólogo argentino Juan Magariños de Morentin, adecuada al presente caso por las siguientes razones: a) Por su correspondencia con el marco referencial y conceptual en tanto busca dar cuenta de cómo y por qué un determinado fenómeno adquiere en una determinada comunidad y en un determinado momento histórico en tal comunidad, una determinada significación y cuál es esta. b) Por presentar un conjunto de operaciones analíticas que permiten reducir el grado de incidencia a priori del marco interpretativo del investigador. b) Por la transparencia de este proceso analítico que permite que distintos investigadores puedan volver a recorrer el camino y llegar a los datos para contrastar nuevas miradas. Esta metodología permite la identificación de las relaciones semánticas efectivamente utilizadas en un corpus de textos resultantes de la transcripción y re- escritura de discursos recolectados en el trabajo de campo, constituyendo un aporte para el tratamiento cualitativo de la información en investigaciones sociales.

El proceso metodológico global consiste en la transformación de los textos – fuente de los informantes (unidad de referencia empírica) obtenidos como grabaciones, en textos - objeto (unidad de referencia analítica) aplicando las operaciones analíticas que adelante se describen y su posterior interpretación.

Implica tres tipos de construcciones:

- La compilativa: colecta y registro
- La tipológica: ordenamiento y jerarquización entre los datos, lo que conduce a
- La construcción explicativa: pasar del modelo a la teoría.

Los pasos sugeridos por de Morentin son: 1. Normalización del texto 2. Segmentación 3. Elaboración de Definiciones Contextuales 4. Construcción de ejes conceptuales. Redes Secuenciales y Contrastativas.

Las operaciones analíticas iniciales (Normalización, Segmentación y Elaboración de Definiciones Contextuales) brindan un procedimiento lógico- semántico para el tratamiento de los textos resultantes de la desgrabación de los discursos recolectados. Este procedimiento aleja de interpretaciones apriorísticas acerca del contenido, produciendo un distanciamiento que posibilita "descubrir" construcciones de significado nuevas, es decir no pre- supuestas por el investigador. La transformación de los enunciados en definiciones contextuales permite por la estructura de las mismas, una visualización clara de las similitudes y diferencias entre lo enunciado por los distintos informantes, facilitando el proceso comparativo, tanto manualmente como informáticamente (opción esta fuera del alcance del investigador). En este proceso se van elaborando hipótesis de trabajo que conducen a ensayar agrupamientos entre conjuntos de definiciones contextuales, construyendo redes de enunciados (secuenciales, por relaciones de isotopía, y contrastantes). De este modo se determinan ejes conceptuales que identifican a los distintos conjuntos de significado. Esta metodología ofrece operativamente varias ventajas: a) un control mayor de las interpretaciones anticipadas del investigador; b) un tratamiento analítico homogéneo de la información, más aún cuando se trabaja en equipo (distintos investigadores con distintos grupos de informantes); c) facilita la creación de una base de datos para su tratamiento informático; d) permite que cualquier otro investigador recorra el proceso analítico y pueda objetarlo o confirmar las relaciones halladas (transparencia y confirmabilidad).

Martínez (1991, 79) describe de manera similar, dos procesos de categorización según el investigador esté en contacto directo, permanente y prolongado con las fuentes de información o su contacto sea limitado en el tiempo. Para el primer aconseja el método de *comparación contrastante* que combina la generación inductiva de categorías con una comparación simultánea y constante de lo observado; es decir lo observado se registra, clasifica y compara con lo ya clasificado en la categoría a que se asigna, pero gradualmente el proceso va cambiando y la comparación ya no se hace con otros eventos sino con las propiedades de las categorías, lo que implica un continuo redescubrimiento y redefinición de categorías, relaciones e hipótesis de manera cíclica y continua a lo largo de la investigación.

En el segundo caso narra una serie de pasos: 1) transcripción detallada de la información, 2) división de los contenidos en unidades temáticas (párrafos o grupos de párrafos que expresan una idea o concepto central), 3) categorización: clasificar, conceptualizar o codificar con un término o expresión claro e inequívoco (categoría descriptiva) el contenido de cada unidad temática. Dentro de ellas podrán existir subcategorías o tipos básicos, 4) asignar propiedades descriptivas que permitan definir cada categoría o subcategoría, 5) se pueden integrar o agrupar categorías en una más amplia o comprensiva, 6) agrupar o asociar categorías de acuerdo a su naturaleza o contenido.

Por su parte Muñoz, Quintero y Munévar (2001) exponen una técnica para construir las *categorías de significado* basada en la existencia de un dominio cultural o categoría de significados que encierra otras categorías más pequeñas y que consta de tres elementos:

1. Término encubridor: o dominio, abarca una cantidad de otros conceptos. Lo representan con una Y.
2. Términos incluidos: pertenecen al encubridor, se representan con una X.
3. Relaciones semánticas: entre los dos términos, representadas con una frase o palabra de enlace.

Polit y Hungler previenen sobre las dificultades en el proceso de codificación y categorización porque puede ocurrir que: sea difícil definir el código más indicado; que el investigador no comprenda el significado subyacente de algunos aspectos de los datos; a menudo se descubre que el sistema inicial de categorías es incompleto o inadecuado, y finalmente un concepto puede no identificarse como importante hasta que surja con alguna reiteración en los datos.

Para la presente investigación se adaptan estos modelos teniendo en cuenta que la normalización busca recomponer sintácticamente el texto (su estructura y redacción), las segmentaciones desagregan los textos en oraciones base con sus posibles moduladores, la definición contextual establece el sentido de un término en un segmento en función del contexto en que se encuentra, creando una especie de diccionario de significados: valores semánticos que el productor le da a los términos. A partir de entonces se construyen ejes temáticos o categorías alrededor de una palabra eje (término encubridor), sus moduladores (subcategorías, nodos o términos incluidos)

y otras subdivisiones que pueden ser por ejemplo valoraciones (en sentido negativo o positivo dentro de la misma subcategoría).

La adaptación consistió en sintetizar los tres primeros pasos de la semiótica de enunciados, haciendo un desglose en unidades significativas - habitualmente frases o párrafos- de todo lo dicho (eje temático) a partir de las cuales se van construyendo las categorías, nodos y subdivisiones, es decir los pasos 3 a 6 de Martínez o la construcción del dominio cultural que proponen Muñoz y colaboradores. Simultáneamente van emergiendo los elementos que en el informe constituyen un aporte teórico, al menos en la interpretación del grupo específico de estudio, tal como lo explica la teoría fundada o fundamentada.

## 10. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados son producto del análisis del discurso en los grupos de discusión y de la observación cotidiana. El primero contempló dos fases:

1. análisis de enunciados (un ejemplo se muestra en el anexo 2)
2. análisis de contenido (categorización)

Cada una de ella por grupos, material con el cual se construyó una red de categorías (integración de los grupos). El siguiente cuadro muestra las categorías y sub categorías que se definieron:

**Cuadro 4. Categorización resultante del análisis de contenido**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Características del paciente	a- atributos b- sentimientos y sensaciones c- actitudes d- motivaciones e- conocimiento f- acciones 1) como sujeto (las ejecuta) 2) como objeto (las recibe)
Tipos de paciente	
Relaciones	a)tipo b)mediadores
Características del trabajador	a)esenciales b)circunstanciales
Significado del paciente	
Conceptualizaciones que no se pueden clasificar en las anteriores	

## 10.1 *Resultados De La Red De Categorías Acerca Del Paciente (Integración De Las Categorías De Todos Los Grupos)*

Respecto a la figura “paciente” aparecen categorías como una tipología particular del medio de la salud; atributos que se le adjudican al mismo para definirlo; a ellos se suman sentimientos, sensaciones, actitudes, motivaciones y acciones (tanto las que provienen de él, como las que sobre él recaen); se clasifican igualmente datos que hacen referencia a factores cognitivos y de información que posee o nó, el paciente; finalmente se adoptó un apartado con los significados y conceptualizaciones que el grupo de salud ha hecho sobre esta figura.

### 10.1.1 – CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

#### 10.1.1.1 - ATRIBUTOS

- Dificultad: no se puede /difícil de definir; algo demasiado complicado
- Diversidad: hay infinidad de pacientes diferentes, cada uno tiene su definición
- Una persona: como todas las otras, tiene edad, única, es un mundo (complejo y diverso), tiene emociones, sentimientos, una historia biológica, cultural, social, dimensiones : bio - psico - social
- Especial: especiales (anciano, niño, madre), especial para uno, que atenderse, aparentemente sano o enferma, quien padece,
- Busca solucionar problema o que busca alivio a dolor emocional o físico
- Dan una imagen: están enfermos, y esa es su característica principal; cliente (atiende una oferta, puede escoger); usuario (afiliado); una patología o un diagnóstico; “haciente” . hace por su propia salud; nosotros mismos (respecto a paciente y a la Clínica)
- Exige mucho o todo; comprende menos; no acepta negativas; requiere atención; desea ser único; tiene paciencia (con médico, con enfermedad)

Las características del paciente correspondientes a:

#### 10.1.1.2 SENTIMIENTOS, SENSACIONES

#### 10.1.1.3 ACTITUDES (relacionándolos con las CONDUCTAS) y,

#### 10.1.1.4 MOTIVACIONES se presentan en los cuadros siguientes:

**Cuadro 5**

EMOCIONES O SENTIMIENTOS	ACTITUDES	CONDUCTAS O ACCIONES
<b>dolor</b>	<b>1. exigente</b>	<b>exige</b> , demanda un servicio o una atención
<b>necesidad</b>	<b>2. agresivo</b>	arremete, insulta, recrimina, “se desquita”, culpabiliza, regaña,
<b>soledad</b>	<b>3. temeroso (del medico, o de procedimientos)</b>	teme, pregunta, aclara
<b>agradecimiento</b>	<b>4. impaciente</b>	<b>exige</b> , pelea
<b>satisfacción</b>	<b>5. preocupado</b>	se preocupa, consulta, se chequea
preocupación	<b>6. amable</b>	Saluda, <b>solicita</b>
ansiedad	7. esperar (que usted le solucione)	consulta, acude al médico
<b>enojo</b>	8. comprensivo	entiende, comprende
<b>cariño</b>	9. cuestionador, dubitativo	cuestiona, controvierte, duda
<b>insatisfacción</b>	10. suscitar / llamar la atención	se desvía del motivo de consulta, se queja, exagera
<b>temor</b>	11. confiado	<b>comparte, expone</b>
tristeza	12. ignorante	preguntar, aclarar
abandono	13. despreciativo	Mutismo (no habla, no saluda)
<b>inconformidad</b>	14. comunicativo	<b>Cuenta, comunica,</b>



		<b>comparte, expone</b>
<b>angustia</b>	15. deprimido	Llora
impaciencia	16. afanado	exige, argumenta
estrés	17. intrigado/ desea saber	preguntar, aclarar
aprehensión	18. decente	Saluda, <b>espera</b> , aclara
tranquilidad	19. pasivo	<b>Espera</b>
alegría	20. ofendido / robado	reclama, culpabiliza
desesperación	21. enojado	Insulta, recrimina, regaña
vergüenza	22. quejoso	quejarse, reclamar
	23. agradecido	agradece, obsequia
	24. pendenciero	<b>Pelea</b>
	25. intransigente	exige, reclama, culpabiliza
	26. amenazante	amenaza, culpabiliza, demanda
	27. grosero	Insulta
	28. gracioso	Hace chanzas
	29. tramposo	Miente, tergiversa, oculta
	30. irrespetuoso	Irrespeto
	31. angustiado	Pregunta, sufre.
	32. tranquilo	<b>Espera</b>
	33. confiado	<b>Espera</b>
	34. amistoso	Saluda, obsequia, charla, conversa, habla, busca compañía
	35. tímido	Mutismo (no habla,

		no saluda)
--	--	------------

NOTA: Los datos en negrilla señalan los datos recurrentes o mencionados con mayor frecuencia.

Las actitudes se han co relacionado con las conductas (segunda con tercera columna).

Las emociones pueden relacionarse con varios ítems de las siguientes columnas.

**Cuadro 6. Motivaciones Del Paciente Según La Percepción De Los Miembros De  
Un Grupo De Cuidado De Salud.**

buscar una solución a un problema (para aliviar su malestar, sea físico o psicológico -emocional o social -)
físico (síntomas: dolor, malestar
buscando un diagnóstico
controles de patología diagnosticada
recuperación
prevención
ser objeto de atención
“elaborar duelo”
busca un apoyo
busca compañía
resolver problema no resuelto en otra instancia
hacer uso de un servicio por el cual paga
ganancia secundaria (incapacidad o resarcimiento económico)
resolver aspecto económico de su atención
sin motivo (“por que si”)?

#### 10.1.1.5 CONOCIMIENTO

- conoce su patología, entiende y comprende su enfermedad y el tratamiento, conoce procesos
- cree saber lo que necesita, exigencias no realistas, desconoce que la consulta médica sigue un proceso
- no conoce: su patología ni el diagnóstico, que es una urgencia y que es consulta externa, derechos ni deberes, tipo de servicios, procedimientos y su objeto, trámites y su necesidad, aspectos administrativos y financieros, información suministrada por su EPS, responsabilidad de **IPS**.
- no entiende el cuadro clínico, los procedimientos
- olvidan informar al médico
- no puede o no sabe expresar su condición (niño)
- interpreta la condición de otro (madre u otro familiar)
- desean conocer referencias sobre médicos y enfermeras, proceso de atención, finalidad de exámenes
- reitera solicitud de instrucciones sobre medicaciones

#### 10.1. 1. 6 LAS ACCIONES

Pueden subdividirse entre aquellas en las que es **SUJETO** (las ejecuta) y aquellas que recibe (**OBJETO**)

##### a) Como **SUJETO** (las ejecuta)

- acude al médico, consulta, demanda un servicio o una atención, chequearse
- solicita, entiende, comprende
- cuestiona, controvierte, pregunta, duda, aclara
- charla, saluda, cuenta, conversa, comunica
- espera, expone (sus datos, su cuerpo), comparte
- se preocupa, llora, teme
- exige, reclama, se queja, arremete, pelea, insulta, recrimina, se desquita, culpabiliza, amenaza, irrespetu, regaña
- agradece, obsequia

b) COMO OBJETO (las recibe)

- **escuchado**, interrogado, percibido, interpretado, entendido, comprendido, **atendido**, tratado, **ayudado** (en sus actividades personales), atendido (en sus solicitudes), cuidado (específicos de enfermería), aliviado, **informado**, guiado, orientado, aconsejado, animado, calmado, entrenado, seguido, manipulado(terapéuticamente), servido, satisfecho, requerido (le solicitan documentos, acciones), “peloteado”, ignorado, nominado, numerado, soportado, sufrido, negociado, utilizado.

10.1.2 - TIPOLOGIA

- según régimen: subsidiado (ARS) o contributivo (EPS, ARP, SOAT, Otras aseguradoras); con seguridad social o particular (el último tiene más opciones)
- según rasgos de carácter y conducta o actitud: (sociable, conversador, amable, obsequioso, simpático, amistoso, manipulador, risueño, adulador, gracioso, comunicativo, tímido, ansioso, depresivo, despistado), formalito (se ayuda, tolera enfermedad), cansón (requiere atención de enfermería frecuentemente), mentiroso (acerca de la atención de enfermería recibida), simulador (inventa dolores), útil (quien puede hacer favores), impaciente,
- según condición social: “de caché”, clase media, clase baja, importante, ansioso, depresivo,
- según el diagnóstico o patología (requieren mas o menos atención)
- según tipo de atención que requiere : cirugía , hospitalización, control prenatal o de desarrollo y crecimiento, urgencia, consulta externa; si necesita atención inmediata o puede esperar

10.1.3. -RELACIONES

Contempla todo aquello que hace referencia a formas de relación entre los trabajadores de la salud y el paciente, y las mediaciones.

#### 10.1.3.1. - TIPO

- exigente : el paciente exige u ordena lo que se le debe hacer
- cooperación
- controversia
- atención y servicio : procurando satisfacción, escucha amable
- confianza : les confían temores y percepción de su evolución dar referencias positivas de médicos y enfermeras
- mediación: negociación entre distintos roles: paciente y enfermería; paciente y médico; paciente y directivas, etc.
- apoyo y refuerzo : evitar la compasión o el refuerzo de sentimientos negativos
- intimidad : el paciente expone aspectos como desnudez y limitaciones, comparten otras problemáticas
- impersonal : en ocasiones el paciente es numerado en el laboratorio (examen “número tal..”) y nominado como un diagnóstico o una patología en terapia física
- conflictiva, agresiva
- amistosa, empática

#### 10.1.3.2. - MEDIADORES

- familia: madres que interpretan a sus hijos, hijos, nietos o sobrinos a ancianos, otros familiares del enfermo; influye positiva o negativamente, según cooperen, exijan y se comporten desde punto de vista social; acompañan en número elevado al inicio del proceso, a veces estorbando la atención, progresivamente su asistencia y apoyo decaen.
- EPS (suplantan relación médico paciente, imponen condiciones que provocan discriminaciones, modulan actuaciones y generan sentimientos - negativos- en el médico)
- otras dependencias de la Clínica: trasladan los conflictos o diferencia generados en ellas durante el proceso de atención del paciente.
- actividades propias del cargo (rol), y del servicio en que se labora
- clase social del paciente: en general clases media y baja ofrecen relación mas cordial y de confianza, la clase alta los ignora

- médicos : ordenan atenciones de estas áreas, a veces sin suministrar suficiente información
- tiempo: el contacto prolongado favorece mayor y mejor conocimiento del paciente; si es corto limita relación con el paciente.
- características del paciente: personalidad y carácter; edad, tipo de patología, la actitud

#### 10.1.4. - CARACTERISTICAS DEL TRABAJADOR

##### 10.1.4.1. - ESENCIALES

Posee emociones (alegría, tristeza, desesperación, amor) y sensaciones (cansancio, frío, frustración, impotencia, autoestima, autoconcepto); expectativas, anhelos y motivaciones (necesidades, aprendizaje)

Debe: ser atento, amable, discreto, conocer e interpretar otros factores que influyen en patología y tratamiento del paciente y requieren apoyo de expertos, no asumir responsabilidades para las que no esté preparado; ser “paciente”, saber escuchar, no entrar en conflicto con paciente, ilustrar y proponer alternativas

Tiene dependencia de otros (otras áreas de Clínica, EPS; ARS; ARP)

##### 10.1.4.2 - CIRCUNSTANCIALES

Servicio donde se atiende (consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía)

Horario de atención (mañana, tarde, noche)

Limitaciones (cognitivas, afectivas, físicas, normativas, locativas)

Volumen de trabajo

#### 10.1.5. SIGNIFICACIÓN

Es el cliente, esperanza de trabajo, de subsistencia,

Representa el aspecto económico y financiero del proceso de atención

El motivo de trabajo o más complemento que motivo

Persona de la que aprendemos muchas cosas

Son enfermos.

Llegan a ser como familiares o amigos

#### 10.1.6 - CONCEPTUALIZACIONES<sup>14</sup>

“Comprensión”: El ideal es entender que el paciente es una persona que requiere ayuda y el médico generalmente tiene el conocimiento para proporcionarla; el problema del paciente puede estar circunscrito a su motivo de consulta o que puede tener una cantidad de raíces que pueden o no explorarse; hay que procurar conocer y entender estos factores y dimensiones; muchas patologías son de tipo psicosomático, demandan tiempo de escucha y atención; se deben identificar como persona, con un nombre y unas características únicas a los pacientes, darle importancia singular a cada uno.

“Otridad”: Muchas veces uno no maneja o no entiende la angustia del paciente o el familiar, hay que ponerse en la situación de ellos; Para ellos la situación clínica es totalmente nuevo y diferente a lo que nosotros podemos ver (habitual, rutinario, normal).

“Integralidad”: La enfermedad no es solamente cuestión física, la mayoría de las veces es todo el conjunto social y familiar el que está afectado, enfermo, y que necesita atención

“Sencillez y humildad”: Antes el médico era un semidios; no somos máquinas cuya respuesta es siempre la misma al mismo estímulo, poseemos emociones, sensaciones, expectativas, anhelos y motivaciones, somos conscientes de que tenemos limitaciones

“Escucha activa”: El médico puede ofrecer al paciente: escucha, solidaridad, información, alternativas, tratamiento, seguimiento; los pacientes se deben escuchar, informar y buscar concertar alternativas con ellos

---

<sup>14</sup> Las denominaciones que encabezan cada descripción han sido propuestas por el DR. Rodolfo Díaz, jurado de tesis.



“Mercantilismo”: Se perdió diferenciación paciente – cliente; verse como ofertadores de servicios es interpretar al paciente como cliente; la visión del paciente como cliente es una visión mercantilista; un paciente es un cliente de nosotros, debemos atenderlo esforzándonos porque sienta satisfecho

Intermediación”: La relación médico paciente ha sido sustituida por la de EPS médico, generando en el último sentimientos negativos

“Personalización”: En todos los casos debe prevalecer la mejor actitud posible hacia el paciente teniendo en cuenta que es una persona a quien hay que atender.

## 10.2 RESULTADOS DE LA RED DE CATEGORIAS ACERCA LA COMUNICACION

La siguiente es la categorización y red de categorías resultantes del análisis de contenido

### 10.2.1 CATEGORIAS

- definición y concepto
- clasificación
- objetivos, propósitos, razones de la comunicación
- contenido de la comunicación
- formas, tipos, modalidades
- características
- papel o responsabilidad del otro
- factores que influyen o intervienen: los que tiene que ver con los interlocutores (trabajador en salud, paciente) o con su interacción; pueden ser intrínsecos a ellos o extrínsecos, si actúan sobre ellos desde el medio; sus efectos pueden ser facilitadores o entorpecedores.
- mejoras, respuestas, salidas
- intraorganizacional: con otras áreas de la clínica
- deber ser de la comunicación

Las tres últimas subcategorías se tratarán más adelante, en la discusión de los resultados.

#### 10.2.1.1 DEFINICION Y CONCEPTO

Las definiciones, o en algunos caso conceptos, que manejan los diferentes grupos de trabajadores de la salud constituyen una amplia gama. Desde una definición clásica: “existe un emisor, un receptor y entre ellos se va a dar un mensaje a través de un medio”, hasta su asimilación con el concepto de “atención” según el grupo de servicios generales, pasando por una serie de variaciones tales como las de tipo descriptivo: “es hablar con la gente”, “la forma de expresión nuestra”, “un diálogo”; o las que hacen referencia a su función: “es información”, “transmitir un mensaje o conocimiento”, “diferentes modos de llegar a las personas”, llegando a aquellas que privilegian el

elemento relacional porque implican “acercamiento” o que la definen como “la relación que tenemos con los pacientes y con los demás empleados”.

#### 10.1.1.2 CLASIFICACION

En los grupos de salud indagados existe una tipología particular de la comunicación, que considera en primer lugar la singularidad de quienes participan en ella (“Todos tenemos una forma de expresarnos”).

A partir de la individualidad se hacen subcategorías según:

- ubicación de la comunicación: intraorganizacional (dentro de la IPS) y extraorganizacional (que puede ser con pacientes o interorganizacional: otras IPS, EPS, ARP, con aseguradoras de SOAT, organismos rectores en salud, etc.)
- calidad: la adecuada que tiene cualidades como “prudente”, “de buena manera”, “completa” y la inadecuada con sus cualidades distintivas: “de mala gana”, “incompleta”, “chisme”, etc.
- los medios que utiliza (comunicación personal, reuniones, la digital o de los sistemas de cómputo, las líneas telefónicas para llamadas gratuitas, escritos, carteleras, memorandos, avisos).
- código: verbal y no verbal (“nuestros movimientos”, “la actitud que uno tenga”, “la expresión corporal”, “los gestos, cuando uno llega y le dice algo y hace la cara así, ya sabe uno que no le agradó”, “con la mirada le dicen a uno todo”, “a grito entero”).

De estas diversas formas, la verbal sigue siendo la principal, pero acompañada por la no verbal.

#### 10.1.1.3 OBJETIVOS Y PROPOSITOS DE LA COMUNICACIÓN

Entre los objetivos destaca el elemento funcional, pues la comunicación ocurre “en función del proceso macro u objetivo fundamental de la institución”.

Con los pacientes para explicarles trámites, tratamientos, utilidad de los exámenes, dietas, procedimientos y trámites, así como para aminorar su ansiedad ante lo desconocido (“la comunicación es la mejor vía, arma o estrategia o como usted la quiera llamar, para que el paciente se sienta tranquilo, bien atendido, sienta qué le están dando, sepa de su enfermedad, de lo que tiene, de lo que se vá a hacer con el”).

Dentro de las organizaciones de salud es un instrumento para “buscar una manera de

ser eficientes internamente”, dado que “Con la gente –compañeros de trabajo- que uno maneja todos los días yo creo que el sentido es que ellos entiendan o perciban lo que usted quiere hacer o llegar a hacer, en una forma más rápida o directa”.

Aunque también cumple funciones sociales y adaptativas al ser una forma de “acercamiento” y “para desestresarnos”, estas son definitivamente secundarias

#### 10.1.1.4 CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN

El contenido de la comunicación por parte del paciente alude a narraciones con la descripción y explicación de síntomas, así como a solicitudes (de información, de atención, de conductas). La correspondiente al grupo de salud son prescripciones, explicaciones de las estrategias terapéuticas (farmacológicas, hábitos, terapias, exámenes paraclínicos), en ocasiones busca animar, fomentar optimismo, perseverancia o resignación, o expresa solidaridad y consuelo.

#### 10.1.1.5 FACTORES QUE LA INFLUYEN

En la práctica diaria una multitud de factores la afectan. De hecho para los médicos “depende de muchas circunstancias y de muchas cosas”:

##### I. Con el Paciente:

##### 1. Características propias de los interlocutores:

##### a. Del paciente

- i. la edad (más difícil con ancianos o niños que acuden solos)
- ii. nivel de educación
- iii. nivel de información
- iv. grado de alteración de la salud y antecedentes médicos
- v. el conocimiento y la experiencia previas respecto a la IPS
- vi. personalidad (“hay personalidades retraídas, personalidades más espontáneas, mas abiertas”).
- vii. las aprehensiones y prejuicios (en nutrición “miedo porque me van a quitar lo más rico”, “fisioterapia es sinónimo de dolor”)
- viii. temor, dolor y confusión: “los pacientes es que de pronto no han roto ese temor a expresarse libremente a decir no entendí lo que usted me acaba de decir”; que “están haciendo elaboración de

algún duelo”, o que “Salen con cuatro y cinco órdenes completamente desorientados”

- ix. actitudes: los pacientes “se ponen bravos” por una miscelánea de causas, “porque los mandan a tres o cuatro puntos y no a donde ellos quieren“, “todos quieren que los atiendan de una, rapidito”; “el afán de la gente de irse rápido, no ponen cuidado” o su facilismo: no desea esperar, no lee, “no quería hacer fila”.

- x. la puntualidad

b. Del trabajador en salud:

- i. nivel de cansancio (cantidad de actividades, duración y frecuencia de turnos, distintos sitios de trabajo, múltiples responsabilidades –asistenciales, administrativas, económicas, y legales que la normatividad actual obliga a sumir, sobre todo en organizaciones medianas y pequeñas. )
- ii. actitudes: pueden identificarse negativas y positivas. Entre las primeras destaca la intolerancia a las dificultades en la comunicación y el reforzamiento de las diferencias y distancias (“usted solamente se queda como el que sabe allá arriba”). Hacen parte de las segundas: reconocer el lenguaje no verbal de los interlocutores; ofrecer explicaciones sencillas y detalladas solicitando retroalimentación de las mismas para asegurar que han sido entendidas; escuchar; focalizarse en áreas y temas en que realmente se posee experticia.
- iii. barreras psicológicas: temor a involucrarse (si uno establece una comunicación muy de afecto, de muy de sentimiento termina uno agotado de estar uno sufriendo con todos los pacientes lo que están sufriendo”).
- iv. no se hace retroalimentación al paciente
- v. “dirigismo”: la comunicación con el paciente: “es muy dirigida y al estar tan dirigida puede limitar...porque yo estoy poniendo solamente la comunicación en un sentido ... perdiendo información que... “para la parte médica podría ser muy interesante por que le dá a usted todo lo que necesita para emitir

un diagnóstico”. Lo que incide en el asunto es que “uno la dirige por cuestiones de tiempo”.

- vi. ausencia de atención a todas sus dimensiones. Se reconoce, por ejemplo, que se descuidan tanto las señales no verbales del paciente como las propias. Y aunque se advierte que seguramente las del paciente pueden contener información importante son desdeñadas; y tampoco se tienen en cuenta las propias, no se procura que sean coherentes (con lo que se dice o hace), ni se evita que porten mensajes ambiguos o conflictivos. De la misma manera se hace mal uso de la expresión corporal siendo frecuente: evitar mirar y sonreír al paciente, usar la posición corporal como barrera, no acudir a acercamientos o contactos que provean confianza o apoyo, desconocer la influencia del tono, el volumen y el ritmo con que se habla.

c. De la interacción.

- i. responsabilización del interlocutor: cuando se coloca el mayor peso, sea como origen de conflictos o como fuente de soluciones, en los demás, en particular la “obligación” de entender o interpretar correctamente descansa en la persona con quien me estoy comunicando. Varias de las actitudes que se describen son expresión de esta “responsabilización” del interlocutor, aunque se hagan aparecer como explicaciones de las fallas. Al interlocutor se le inculpa de algunos de los errores y fallos propios y se le asignan responsabilidades que no son de poca monta: entender el mensaje que se envía y mantenernos informados, no olvidar los contenidos y transmitirlos correctamente.
- ii. por otra parte los interlocutores pueden tanto rechazar la intención comunicativa como comprometerse con un proceso.
- iii. nivel de conocimiento mutuo: “uno no puede establecer con una persona que no conoce o que se presenta por primera vez una comunicación abierta de un primer instante, el hecho de estar con frecuencia estableciendo un canal de comunicación para que de

pronto esa comunicación se vaya ampliando, se vaya generando confianza entre las dos personas que intervienen.

- iv. la frecuencia y duración de los contactos. A mayor número y duración mayores posibilidades de una comunicación mas personal, cálida y franca.
- v. las diferencias de lenguaje y conocimiento entre el grupo de salud y los pacientes.
- vi. hipertrofia de la comunicación escrita: imposición de infinitas formas para llenar, sea en papel o en sistemas electrónicos.

## 2. Condiciones externas a los interlocutores:

- a. :“el entorno del que recibe, cual es el entorno del que da, para llegar a un común acuerdo”
- b. sitio y hora (“en el servicio de consulta externa uno tiene muy buena comunicación con los pacientes porque el ambiente es otro, la presión es otra, la carga es diferente y en urgencias es distinto, pues aunque la comunicación no es mala, hay muchas cosas que no permiten que sea la mejor o la ideal”; “uno a las 7 de la noche no es el mismo que a las 7 de la mañana atendiendo pacientes”; “las persona que están en recepción están en un recinto mínimo y su mundo se convierte en esos cuatro metros cuadrados. Su mundo es muy cerrado”.
- c. la premura en función de la cantidad de acciones por unidad de tiempo
- d. las familias, pueden ser un puente que facilite o complejizar, y distorsionar.
- e. el tipo de grupo de la organización de salud y el rol que desempeñan. Como se ha reiterado hay grupos y áreas que en su estructura (barreras físicas) y funcionamiento (comprobación de derechos, autorizaciones, cobros) son proclives a interacciones conflictivas.
- f. la entidad a la que se está afiliado y el régimen de seguridad social (el tipo de EABS (ARP, EPS, SOAT, etc.). Algunas posibilitan una comunicación fluida y gratificante, otras obstaculizan y frustran.
- g. la falta de uniformidad en los procesos con las EPS y el volumen desmesurado de estos (“ la tramitología que hay que hacer para cualquier tipo de autorización es bastante larga, con cada EPS en cada

contrato siempre hay cambios de una u otra cosa, los contratos pueden durar 3, 6 meses, un año y cuando ya todos entendieron la tramitología, la cambian, otra vez dar la información, actualizando las bases de datos, actualizando todo”).

- h. otros agentes o dependencias (autoridades en salud y judiciales, por ejemplo). Ellos suelen marcar la comunicación con rigidez, coerción, desconfianza, formalismo.

## II: Intraorganizacional

Son muchos los factores que afectan a la calidad y efectividad de la comunicación entre los miembros de las organizaciones de salud. Pero destacan los siguientes: el cumplimiento o no de las responsabilidades particulares (como informar oportuna, correcta y completamente a quienes dependen en sus funciones de los datos que les suministremos), lo cual concierne a médicos, recepcionistas y enfermería.

La actitud de un segmento de los médicos (sobre todo especialistas) alejados, o por lo menos no suficientemente cercanos al resto de la organización, situación que provoca en un trabajador esta afirmación: “en la medida en que se vá especializando el conocimiento se vá disminuyendo el contacto”.

### 10.1.1.6 CARACTERISTICAS

Con todos estos elementos, la principal característica de la comunicación en estas organizaciones es “difícil”, por las características que ya se han reseñado: ser unidireccional, incompleta, hostil, abundante, diversa, compleja, permanente, sin retroalimentación, muy técnica.



## 11. ANALISIS Y DISCUSIÓN

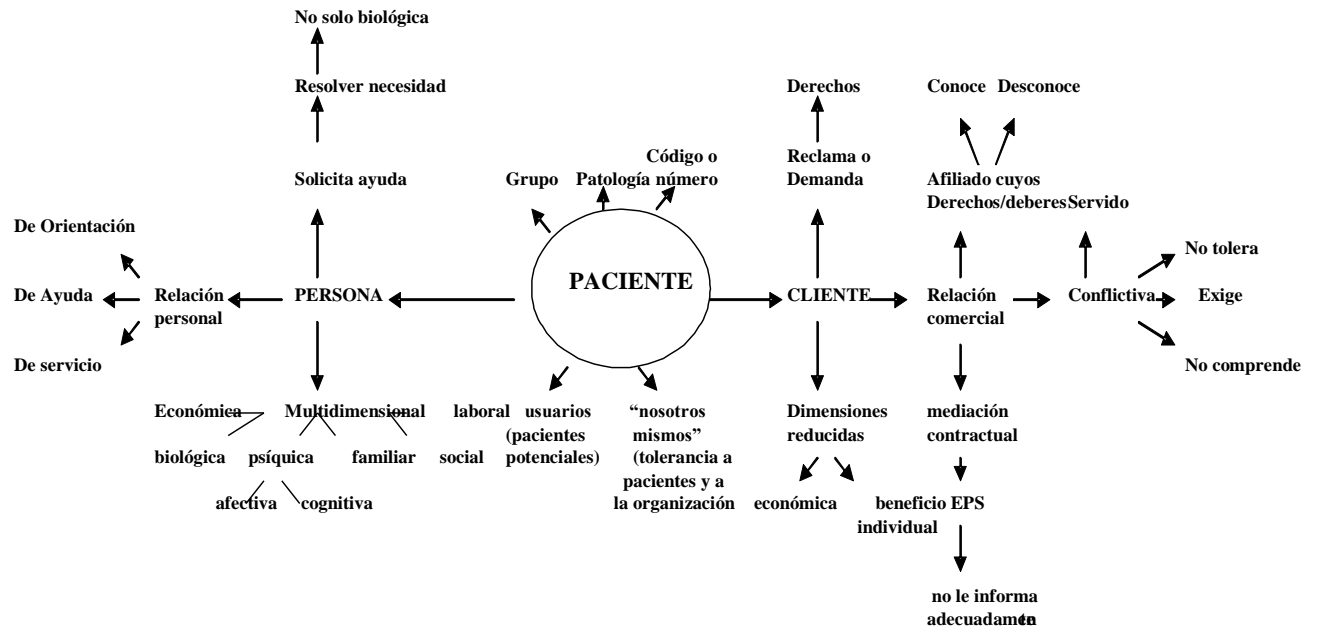
### 11.1 - LA REPRESENTACION SOCIAL DEL PACIENTE EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL.

#### UN PACIENTE ES.....

“Un paciente es no solo una patología sino un mundo o de pronto una suma de varios ítems que lo pueden enfermar, si se mira la salud como un equilibrio bio psico social, si esa definición todavía existe, pensar que una paciente es una luxación de hombro es algo muy sesgado de lo que es el paciente, pienso que es una familia, es un trabajo, es una hija y muchas cosas mas que influyen directamente; Es un cliente.”  
Terapista Clínica Boyacá.

Un mundo diverso y complejo, tanto que llega a percibirse como imposible o muy difícil de definir (y en consecuencia de entender), pero ante todo, y precisamente por ello, una *persona* con toda su carga afectiva y biológica, desde un punto de vista. Desde otro es el *cliente*, quien adquiere por pago de los mismos unos derechos (en una relación típicamente mercantil) que busca ejercer no siempre de manera adecuada.

**Figura 1**  
**REPRESENTACION SOCIAL DEL PACIENTE**



**DURACIÓN Y FRECUENCIA DE CONTACTOS CON EL PACIENTE**

**MAYOR**

**MENOR**

**ROLES**

**Enfermería  
Terapia**

**Servicios generales  
Nutrición**

**Médicos**

**Laboratorio  
Imágenes Diagnósticas  
Administración**

**Recepción y Citas**

Las representaciones sociales pueden ser muy amplias en el sentido de abarcar extensas capas de la población o restringirse a algunos sectores, y ello introduce variaciones, pues dependen en mucho de la relación con el fenómeno a que aluden. Mientras Moscovici examina la representación del psicoanálisis en una sociedad donde no todos han tenido un contacto con él, acá se indaga la representación sobre el paciente en un colectivo cuyos miembros sin excepción interactúan con él, lo cual determina (para la situación específica de esta IPS) como fuente principal de la representación las experiencias concretas que se han tenido, más que una información transmitida, un imaginario tradicional o un aprendizaje inducido. Así se expresa en el grupo de médicos: “la definición o el término de paciente lo hemos aprendido de una práctica, definimos paciente (según) como nos va con esa persona, nos es difícil encasillar el término paciente porque no puedo decir paciente si es que me cae bien o me cae mal”

Esto ayuda a resolver algunos problemas. Se afirma que las representaciones sociales al objetivarse determinan nuestra praxis, que convierten en algo externo y coactivo. De otra parte, surgen de la práctica social de las personas. Es decir, no son en su origen totalmente ajenas a los individuos, y por consiguiente tanto los influyen como son influidas por ellos. Pero no son totalmente distintas o singulares para cada uno, aunque eso sí, se expresan según las características peculiares de cada quien. Esta es la base de uno de los problemas, la representación (como la del paciente, aún en este pequeño colectivo), no es unívoca. Para el caso estudiado está entre cliente y necesitado, y con una gran tensión entre ambas. Para una parte importante del grupo estudiado, el cliente resulta ser una imagen incómoda, una imposición aún no asumida plenamente: “Cliente” sirve al sistema intermediario y mercantilista. “Paciente”, como alguien a quien ayudar, explica el quehacer del trabajador de la salud, da un sentido a su práctica.

### *11.2 - LA REPRESENTACION CONSTRUIDA*

El mecanismo de construcción de las representaciones sociales pasa por una selección y descontextualización, la definición de un núcleo figurativo y su posterior naturalización.

Al hacer una R. S. sobre el paciente (como este la hace a su vez del trabajador de salud), se lleva a cabo una separación de cada figura de su contexto (la

descontextualización ha sido también el esquema analítico de nuestro pensamiento por mucho tiempo): lo familiar, laboral, social, cultural, se obvian, y quienes interactúan, no se asumen mutuamente como personas con anhelos, saberes, emociones, limitaciones, sino solamente como “enfermos” (afectados por alguna patología) o “demandantes de un servicio” (clientes) de un lado, o como “poseedores de un conocimiento, habilidad o poder que puede satisfacer una necesidad, del otro. Por esta razón al médico o cualquier trabajador de área de la salud, le es difícil cumplir con la deseada y pregonada visión integral del paciente, ya que actúa sobre la base de la R. S. que ha construido sobre él impregnada con sus correspondientes prejuicios y estereotipos.

El núcleo figurativo viene a revelarse en la tipología. Las dos posiciones descritas no agotan el contenido de esta representación, apenas son los cabos o extremos de un espectro que no es homogéneo, y está conformado por varias figuras situadas entre ellos. Las formas alternativas a esta polaridad, o a veces inscritas en ella, son:

- una patología, una condición o un diagnóstico: “la neumonía”, “el pié”, “la fractura”, “la materna”..... ;
- la numeración: el caso de hacer parte de un listado de exámenes, la identificación de su historia clínica, un reporte estadístico;
- un asunto administrativo y económico a la hora de cancelar cuentas y servicios u obtener autorización para recibir determinados beneficios;
- usuario: el afiliado o inscrito, quien sin mayores exigencias ni conflicto, utiliza los servicios a que tiene derecho o está en situación solo potencial de ser algún tipo de “paciente”; se incluye el régimen de seguridad que posea: contributivo, subsidiado o “particular”
- un colectivo: una pareja de pacientes en muchos casos: los niños y sus madres (casi siempre están con las madres), algunos ancianos y sus acompañantes; o los familiares, quienes no pocas veces ocupan, sea sustituyendo o añadiéndose, el papel de pacientes;
- rasgos personales o de carácter:
- finalmente “nosotros mismos”, trabajadores en salud invertimos las posiciones y nos convertimos en pacientes de los pacientes (soportándolos, escuchándolos, atendiéndolos, ayudándolos), de los compañeros de trabajo (padeciendo sus

fallas o errores), de los intermediarios como las Empresas Administradoras de Beneficios de Salud –EABS- (sufriendo sus ineficiencias o sus políticas de atención) hasta la misma Clínica (atendiendo sus exigencias, problemas y conflictos).

Significados comunes y disímiles tiene la figura del paciente entre este grupo de personas. Principalmente en recepción y citas, el paciente es una amenaza. Un problema a resolver (por eso se vuelven pacientes de los pacientes), un conflicto para conciliar, alguien para atender, un cliente a quien satisfacer, todo ello es ante quienes laboran en administración y financiera. Una persona para servir, se asume por quienes laboran en servicios generales. Las terapistas lo ven como una persona y un mundo complejo, con multitud de factores incidentes en su afección. Un enfermo que las involucra en su sufrimiento y su alegría quien confía en ellas y de quien se predeterminar siendo amiga, expresan las enfermeras. Una persona necesitada a quien se está condiciones de ayudar, es la representación prevalente entre los médicos. Y un complemento, una razón para aprender, alguien que puede ser útil, una esperanza de trabajo, fuente de subsistencia .....como representaciones “menores”.

En todos estos casos el significado implica una reducción del paciente, dado por la necesidad de focalizar la representación, dinámica dada por la situación individual frente al paciente, es decir mediada por los distintos roles de los trabajadores en salud. Sin embargo es la “necesidad”, lo que parece ser el principal sentido de un paciente. Alguien que poseedor de un problema (en su salud, concepto que como se amplía a continuación, necesariamente debe entenderse de la manera más comprehensiva posible) acude esperando o solicitando, a veces demandando o exigiendo, una solución o ayuda para el mismo. El problema puede estar constituido de muchas maneras: predominantemente físico, pasando por lo psicológico -como demanda de afecto, atención o cuidado, que entronca directamente con lo social-, hasta económico, tal es el caso de procurar un resarcimiento de su cotización al sistema de seguridad social o de beneficiarse de sus prestaciones, por ejemplo incapacidades. No es siempre precisa solución, a cambio lo que espera es ayuda mediante apoyo, comprensión, orientación, consejo, compañía. Y en esta posición se espera, se confía, incluso deja de ser paciente para ser “haciente”, es decir aquella persona que, como lo explicaba una de las trabajadoras de la Clínica, interviene en forma activa frente a sus problemas de salud, haciendo por sí misma. Casi contrastante es el sentido que se encuentra en la forma

“cliente” de un paciente. Es alguien exigente, intolerante, impaciente, hostil, no dado a concertar por las concesiones (desde su punto de vista) que ello implica.

La forma mas holística de “paciente” integra en primer lugar la enfermedad, su principal característica, está definida no solo por aspectos físicos (lo biológico) sino afectivos, lo que nos adentra en el terreno de lo psicológico, y además involucra factores de índole económica, familiar, laboral, es decir el terreno de lo social. El escrutinio de la representación de “paciente” en el grupo de referencia, revela la percepción de un sujeto con una amplia gama de *emociones y sensaciones*. Como se presentó antes dolor, necesidad, temor, soledad, angustia, agradecimiento y satisfacción, son las más importantes. Tal como aconseja Alonso (1998) las motivaciones de los actores ofrecen pistas claves para el marco interpretativo. Las *motivaciones* del paciente se cimientan en una *necesidad*. Para cerrar el círculo establezcamos que la conjunción de lo afectivo – sensorial y lo volitivo designa lo *conductual y actitudinal*. De este modo se llega a una R. S. que abarca múltiples dimensiones de la persona que designamos como paciente. Descuellan entre el crecido número de actitudes: la exigencia, la agresividad y el temor. Acudir y solicitar son las *acciones* que mejor definen a un paciente. Cómo lo hace adopta innumerables formas: consulta, cuenta, responde, exige, amenaza y hasta arremete (la inmensa mayoría de las veces verbalmente, con insultos y regaños) contra un trabajador. En la ejecución de estas acciones iniciales él comunica, charla, espera, confía, comprende, controvierte, demanda, comparte, expone. Las consecuencias son expresadas así: se preocupa, reclama, se queja, pelea, confía, reclama, agradece, obsequia.

Las dimensiones de la representación atañen a la información y al campo de representación. La primera tiene que ver con teorías, ideas, tradiciones y experiencias. Las ideas dominantes al respecto mezclan los conceptos de antaño: altruismo, desprendimiento, generosidad del quehacer en salud, con elementos de hogaño con marcado acento económico y empresarial, iluminados por el paradigma neoliberal; un lenguaje marcado por términos económicos y cuantitativos, como estadísticas, indicadores (numéricos tipo: cobertura, rotación y ocupación de camas, número de cirugías canceladas, número de infecciones), capitación (sumas de dinero), etc. se confunden con conceptos cualitativos: garantía de calidad, oportunidad, integralidad.... La autonomía individual, la financiera, la del paciente se une a los términos servicio al

cliente, excelencia y otros similares pero es discordante con una fuerte enunciación de deberes y una profusa normatización, para provocando una tremenda ambigüedad en la información que sirve como insumo de la R. S. Por eso el campo de la misma muestra una jerarquización del paciente entre dos visiones, cabalgando acrobáticamente sobre la ambigüedad que ellas provocan, se percibe, se comprende, se maneja el concepto paciente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de segundo nivel (una entidad hospitalaria), y con esta referencia se establecen las polimorfos relaciones con él y alrededor de él. La vertiente “personal” del paciente sujeta una relación de ayuda, la “clientelar” deriva en relaciones conflictivas.

“¿Cuando se perdió la diferencia entre paciente y cliente?”, pregunta uno de los médicos.

A la luz de este estudio no se ha perdido (aún) esa diferencia. Se pretende la asimilación por al menos uno de los actores del SGSSS, las EPS, desde cuando a la salud se le hace entrar (acomodándose nuestro estado a las corrientes neoliberales que cuestionan la asistencia estatal y se desmonta de muchas de sus funciones sociales) en el ámbito del mercado, del supuesto libre y regulador juego de la demanda y la oferta, en el ámbito de una organización económica y social que inviste como valores al individualismo y la competencia.

Es evidente también la reacción. La palabra preferida para designar al paciente es persona. Quien tiene una “historia biológica y cultural”<sup>15</sup>, influido por un medio. “La enfermedad no es solamente cuestión física, es más, la mayoría de las veces es todo el conjunto social y familiar el que está afectado, está enfermo, que necesita atención”.<sup>16</sup>.

Apelando a los procesos de objetivación (concreción de lo abstracto) y anclaje (inclusión en el cuerpo de ideas sociales) podemos reiterar algunas conclusiones. Pareciera que las fuentes de la R. S. (la práctica y la información), el contexto y su elaboración misma, están configurando un cambio en la representación del paciente dentro de los medios hospitalarios. Sobre la tradicional nominación del paciente como un enfermo, busca anclarse una nueva: el cliente. La primera denota un sujeto pasivo de una serie de acciones por parte de otras personas sabientes, bondadosas, desinteresadas.

---

<sup>15</sup> Grupo de discusión con médicos.

<sup>16</sup> Grupo de discusión con enfermeras

La segunda forma de nombrar alude a una persona que reivindica una serie de derechos, que simultáneamente debe tener un papel más activo, tomar decisiones sobre su salud y responder por su cuidado. Sin embargo la práctica social no allana el camino a estos supuestos, pues ella está impregnada más bien de intereses, como los económicos y políticos, que no siempre coinciden con esta apertura (se expiden tantas normas que la participación se diluye y esconde y las decisiones del personal de salud no pueden tomarse solo en función del paciente). Pareciera entonces que esta representación emergente lejos de favorecer las bondades del sistema sanitario y propender por una medicina más “humanizada”, profundiza sus problemas e incrementa la deshumanización. Vale aclarar que deshumanizados resultan no solo los pacientes, igual ocurre con quienes actúan como trabajadores en salud. Los cambios estructurales en el sistema de salud de nuestro país, se reflejan en la polifonía actual del término “paciente”.

### *11.3 - LAS RELACIONES*

¿Cómo se ES un paciente? Únicamente en relación con alguien. El concepto y su representación son netamente relacionales. Se es paciente para alguien, cualquier persona no logra esa calidad, solo se adquiere cuando se acude a alguien (trabajadores de la salud) o a algo (instituciones prestadoras de servicios de salud). En principio el término indica una relación entre personas, es decir el contacto de mundos complejos y complicados, que a su vez hace parte de un universo que les provee marcos de acción e influye en que lo que suceda sea un encuentro o un desencuentro.

Entendiendo el fundamento relacional, hay que considerar en primer lugar a los actores. Desde el punto de vista de sus cuidadores se debe al paciente “identificar como persona, con un nombre y unas características únicas ..., darle importancia singular a cada uno”, lo que significa que hay que asumir los atributos individuales ya que unos dan afecto igual que lo reciben mientras que otros todo lo toman sin ofrecer nada, hay quienes confían y quienes dudan, quienes se desesperan y quienes esperan. Así mismo las condiciones de ser humano: el dolor, el sufrimiento, el desconocimiento, sus necesidades, porque, según uno de los médicos “el ideal es entender que el paciente es una persona que requiere ayuda”<sup>17</sup>. El correlato del paciente son quienes se ocupan de

---

<sup>17</sup> Grupo de discusión con médicos



la salud y quienes en cuanto a personas gozan de los mismos atributos de afectividad, conocimiento, voluntad. La diferencia está en el conocimiento y en ciertas habilidades y roles específico, que los sitúan en condiciones de ayudar y asistir a los pacientes.

En los grupos de discusión se ponen a flote los mediadores de dicha relación.

El rol de cada trabajador, su función dentro de la entidad y respecto al paciente, es un poderoso modulador de la relación con, y la representación acerca de, el paciente. Intimamente relacionado con ello, están las circunstancias de tiempo y lugar.

Hay mucho de conflicto, de desencuentro, en los extremos del proceso típico de atención hospitalaria, tanto en el ingreso con sus acciones de recepción y verificación de derechos como al egreso con las cuentas y autorizaciones. El tiempo juega a favor de este tipo de percepción, de los comportamientos que se adoptan y de la clase de relación establecida. Desde la óptica del paciente estas instancias no le aportan, son obstáculos, impedimentos, significan esperas inútiles, molestas y en ocasiones frustrantes porque lo que puede resultar finalmente es la denegación de un servicio. El paciente no gusta de ser requerido, orientado o controvertido por estas trabajadoras. En un primer momento además existen el afán, la impaciencia, la necesidad objetiva o subjetiva de una atención inmediata. Y el tiempo de contacto es tan corto que no ofrece casi posibilidad de que la interacción llegue a modificarse; “solamente hay una primera vez, un primer contacto, y de ahí depende lo que vaya a ser, difícilmente después se va a cambiar la imagen que ya uno dio”<sup>18</sup>. Todo ello reforzado por las características de la personalidad del paciente, por sus conceptos como poseedor de derechos (y omisión de los deberes correlativos), del conocimiento del funcionamiento del sistema.

Igualmente efímeros, pero sin confrontación son los intercambios en el laboratorio clínico, la condición del paciente es de pasividad con cierta aprehensión e intriga ante el beneficio que la actividad de estas profesionales le reportará; aunque con una carga de temor desea saber la utilidad o el significado de un examen, o de una prescripción cuando se trata de su contacto con las trabajadoras de farmacia, donde la situación es similar. En ambos casos estás siendo objeto de “atención”.

---

<sup>18</sup> Grupo de discusión con terapistas

Opuesto a ello, el tiempo acompaña, no atropella, en las relaciones con enfermeras y terapistas, que pueden ser de muchos días y muchísimas horas. Permite una relación de conocimiento mayor, de confianza, incluso de amistad, de empatía. Y como lo usual es ser objeto de algún procedimiento que satisface una necesidad o que se juzga benéfico, existe mayor tolerancia y aceptación. La estrechez de los contactos hace aún más sólida la relación: la enfermera puede asistir a un paciente en sus actos más íntimos y esenciales, ante ellas como ante las terapistas expone su desnudez, sus dolores, sus temores, y lo que ante otras instancias, como los médicos, ha olvidado o no se atreve a compartir; hay contactos físicos reiterados, los que aun cuando a veces producen dolor físico, son así mismo paliativos o sedantes, incluso agradables.

Hay tiempo y hay una gratificación en la labor de las encargadas de servicios generales: el aseo, la alimentación, el mantenimiento del sitio donde un paciente es recluido y atendido, son actividades a su favor y que en nada les estorban. Por el contrario, colocadas en una relación de subordinación, son estas personas correos, ayudas y en ocasiones confidentes. “A veces hablan mas con nosotras que con las enfermeras”, afirma una de ellas.

El médico interactuando con el paciente es un resumen de todas las circunstancias mencionadas. Su papel es el central, por eso relacionarse con el significa para el paciente un favorecimiento, pero también un derecho que se puede solicitar o exigir, que se puede esperar o apresurar. Se dispone de algún tiempo, pero del necesario: las metas de atención, los índices de productividad, el volumen de trabajo (conceptos más económicos que humanistas) lo limitan. Se comparte la intimidad, pero este tipo de contactos pocas veces se traducen en satisfacción inmediata, contrario a lo que producen los que se realizan con la terapeuta y la enfermera, y no son fines en sí mismos sino instrumentos para un diagnóstico y un futuro manejo o tratamiento. Así, el médico tiene a su alcance elementos tanto para entablar un contacto cercano, cálido y productivo para el paciente, o para que el mismo sea superficial, problemático e inútil.

Las interpretaciones y las conductas derivadas van aparejadas con el contexto. La situación observada tiene un macro contexto (el país y un sistema económico –social dominante a nivel planetario), un meso contexto (el SGSSS y la clínica misma) y un micro contexto (el sitio específico de trabajo, un horario, un clima organizacional, momentos específicos). El micro contexto se parece mucho al mundo de la vida y la

cotidianidad. Se vive, se es influenciado por el, pero no le suele hacer consciente. Los grupos de discusión lo han traído al escenario. Las personas cambian de la mañana a la noche, del lunes al domingo, del frío de la madrugada al calor del mediodía, de la sala de urgencias a la de terapias, de la larga fila de solicitantes a la calma de un solo paciente. “

Parte estructural del sistema son los determinantes económicos (unidades de capitación, es decir el dinero que el sistema dispone por afiliado) y los mediadores conocidos como EABS (EPS, ARS, ARP, SOAT) cuyo papel es percibido por los otros dos actores como economicista y restrictivo de los derechos y beneficios en materia de salud. Estos actores, sobre todo las EPS, en el grupo protagonista de este estudio, se convierten en un regulador y partícipe de la relación a que hace alusión el concepto “paciente” convirtiéndola de personal a institucional, entre EPS - IPS, o como un médico se queja: “la relación médico paciente ha sido sustituida por la de EPS médico, generando en el último sentimientos negativos”, logrando que al menos parcialmente, se diluyan en ella los individuos y modificando sustancialmente la visión recíproca de pacientes – trabajadores en salud.

Sin embargo, lo concreto remarca tercamente que así se interpongan instituciones y organizaciones, la relación es entre personas, pues también lo son los trabajadores del área de la salud. “Somos personas, tenemos motivaciones, tenemos sentimientos, tenemos afectos, tenemos sueños, tenemos cansancio y eso nos rodea y nos influye”<sup>19</sup>. Los afectos van y viene hacia y desde el paciente.

Por ser precisamente una relación de personas es problemática, ambigua, cambiante.

Otro componente complejiza la R S, el aspecto económico, aunque no es nuevo en sí mismo si lo es el peso que actualmente adquiere. A la tradicional disociación de la dimensión biológica con las demás del ser humano, se le agrega otra que no solo no ayuda a integrar la visión de la persona sino que empieza a ser determinante.

Súmense a los factores hasta ahora enunciados, las múltiples exigencias que se hacen a las IPS: informes, estadísticas, comités, cambios locativos, comprobación de

---

<sup>19</sup> Grupo de discusión con médicos.

derechos, solicitud de autorizaciones, etc., que distraen y obstaculizan la interacción con el paciente.

La R S reconstruída, en sus extremos tiende a anular a uno de los integrantes de la relación: en el límite de la figura *cliente* el trabajador puesto en una exageración de lo que es un servidor se convierte en apenas un instrumento del paciente, y desde su antípoda, la óptica paternalista y vertical del *paciente*, el mismo es un ente sin autonomía sujeto totalmente al arbitrio del omnisciente y omnímodo profesional o técnico de la salud.<sup>20</sup>

Los cambios introducen una nueva asimetría en una relación que siempre la ha tenido. De la prevalencia del trabajador sanitario, en particular del médico, se tiende a la del paciente en la figura de un cliente que demanda y exige. Del lado del paciente se presumen y promueven derechos (facilidad de acceso, libre escogencia, participación en la gestión) sin sus correspondientes deberes, enunciados pero no practicados. “yo pienso que hay mala información desde el comienzo, el problema está con las EPS, porque no les explican, porque no educan para eso, sino simplemente: “no, es que allá tienen deber de atenderlo”, y ellos quieren exigir todo lo que quieran”<sup>21</sup>.

Cobijada por los intereses de los distintos actores, la interpretación resulta ser una oposición aparentemente objetiva de los mismos, pues lo que pretende, hace o dice el paciente me enfrenta con él, en tanto no lo puedo satisfacer. Pero debe hacerse notar que las decisiones raras veces son autónomas o puramente individuales. “Uno queda entre la espada y la pared, porque las EPS les explican unas cosas y las cosas son diferentes”; “la impotencia de nosotros de no poder solucionarles ya, la impotencia es grande cuando se presentan todos esos problemas con el familiar, porque no es de nosotros sino mas de afuera, de la relación con la entidad” ; “este es de tal EPS o de la otra, a este le tengo que pedir autorización..., todo eso hace que a veces uno diga: le ordeno o no le ordeno, le formulo o no le formulo”. Son todos ejemplos dicentes de los condicionamientos a que se somete la relación estudiada. Pero a esta condición extrínseca se le opone una intrínseca y también objetiva: entre el paciente y el grupo de cuidado de su salud, hay una comunidad de intereses. Mantener, mejorar, o recuperar

---

<sup>20</sup> Es importante aclarar que esto no es así para quienes desarrollan roles de apoyo tipo servicios generales o recepción.

<sup>21</sup> Grupo de discusión con encargadas de recepción y cita

la salud del paciente es la razón de ser de un trabajador en salud, es su oficio, su rol, su significado.

Desde este punto de vista lo que debería favorecerse son los elementos que llevan a un encuentro, no a un desencuentro.

#### *11.4 - LA COMUNICACIÓN EN UNA IPS DE 2 NIVEL, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL GRUPO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD*

La comunicación verbal y gestual, incluyendo elementos emocionales, es fundamental. Pero no siempre resulta eficaz en el sentido de que logre construir un significado común entre personal de salud y el paciente junto con sus familiares. Hay vacíos, ambigüedad, malos entendidos. Con frecuencia se olvida que cuando las personas presentan alteraciones de su salud, obligándose a permanecer hospitalizadas e interrumpiendo sus actividades y funciones normales, se origina tanto en ellas como en sus familias un gran estrés. Al paciente suele imponérsele un papel pasivo, a la familia se le ignora o aísla o no se le suministra información suficiente y adecuada.

En general se puede decir que la dificultan: la diferencia de lenguajes y saberes, la “predisposición” o actitudes a priori (prejuicios, estereotipos e imaginarios) de las personas, la ausencia de explicación, la saturación y el volumen de información (verbal, escrita, visual), la premura y la concentración de tareas (“por falta de tiempo hay muy poquita comunicación. Todo es a la carrera”), los espacios físicos, barreras psicológicas (temor a involucrarse con el otro por parte del equipo de salud; la aprehensión, el temor, el dolor y la desconfianza en los pacientes) y físicas (vidrieras y mostradores, el “peregrinaje” por varias dependencias, las filas y esperas), las edades extremas (con infantes y ancianos hay mayores dificultades), la búsqueda de ganancias secundarias, la interdependencia entre las diferentes áreas de la IPS, y finalmente, el cambio de parámetros que permanentemente están introduciendo las organizaciones aseguradoras.

A cambio, resulta facilitada por: experiencia del paciente con la IPS, edad media (“Una persona joven entiende un poquito más”), conocimiento del sistema de salud con sus características, condiciones y régimen de beneficios (“la comunicación es más fácil cuando no es la primera vez que vienen”), la mayor frecuencia y mayor duración de los contactos, el conocimiento de aspectos específicos biológicos, fisiológicos o

patológicos (“la comunicación es más activa con los que saben del arte”). La presencia de acompañantes y familiares juega en los dos sentidos, bien resulta un facilitador o aparece como un obstáculo para entablar una adecuada comunicación.

De la indiscutible necesidad de escribir la historia clínica y las propuestas de manejo, se ha pasado a la imposición de infinitas formas para llenar, sea en papel o en sistemas electrónicos. Incluso el recurso de suministrar información escrita a los pacientes (folletos, cartillas), contra lo que pudiera parecer no añade sino resta a la comunicación, al reemplazar mas que complementar el diálogo o la relación personal mediante la palabra dicha. De esta manera, la oralidad, que es la forma en que las personas enfermas o preocupadas por su salud exponen su situación, ha ido perdiendo terreno, y junto con ella lo hace su correlato, la escucha

Con todos estos elementos, la principal característica de la comunicación en estas organizaciones es “difícil”, por las características que ya se han reseñado: ser unidireccional, incompleta, hostil, abundante, diversa, compleja, permanente, sin retroalimentación, muy técnica.

También se puede concluir que hay subutilización y asimetría de los recursos comunicativos en la relación con los pacientes.

Es claro que los trabajadores de la salud, en particular los médicos, no tomamos suficientemente en cuenta lo que nos dice el paciente porque no está en nuestros código ni comparte nuestros conocimientos y paradigmas acerca del proceso salud enfermedad, lo que conduce a que desvaloricemos, corrijamos, e incluso desechemos, su información, conformándola a nuestros esquemas en lugar de buscar interpretarla y utilizarla con todo el valor que ella carga.. Olvidamos o ignoramos que su discurso posee un sentido, por cuanto informa lo que quiere, lo que entiende, lo que espera, lo que le significa y lo que no, qué le parece valioso y que no, lo que pretende y lo que espera. A la información que ofrece un paciente se le aplica un tamiz, luego del cual casi todo lo que queda es lo que se “espera” escuchar, lo que se “quiere” buscar (prejuicios de tipo científico) pero que deja ningún espacio a otras posibilidades. De esta manera que jamás se llegará a un consenso con el paciente y el vínculo será autoritario o la influencia coercitiva. A esto se agrega que al interrogar al paciente se esta provocando un fraccionamiento de la información. Nuestra comunicación está entonces fuertemente atada a la tradicional descripción del mensaje fundamentalmente unidireccional, desde un emisor activo hacia un pasivo receptor.

Si de lo que se trata es de ayudar a los pacientes tenemos que desarrollar las destrezas de atender y escuchar.<sup>22</sup> Es decir estar dispuesto a recibir los mensajes y escudriñar las señales (no solo de tipo clínico) que emiten o están en los pacientes, a atenderlo, lo cual significa observar el lenguaje no verbal, permitir que exprese sus emociones, aceptarlas e interpretarlas, aprender sus maneras de nombrar las cosas y facilitarle entender las nuestras. Esta actitud no es fácil de adoptar porque “demanda centrarse en la otra persona y acallar temporalmente las propias voces, dejar fluir la narración del otro dominando la impaciencia”. La impaciencia puede estar signada por el genuino deseo de auxiliar, pero también por la precipitud a que inducen los prejuicios y estereotipos y por la imposición de indicadores de productividad o la desmotivación y la pérdida de sentido de lo que hacemos.

Los grupos de discusión implementados entre trabajadores de IPSs en sus reflexiones habitualmente presentan alternativas o soluciones a situaciones que encuentran conflictivas, fundamentadas algunas de ellas en una concepción dialógica de la comunicación que se aproxima mucho al modelo alternativo de comunicación presentado por Habermas en su Teoría de la Acción Comunicativa. Es lo que reflejan las opiniones de algunos médicos: “... se trata de que en la medida que las posibilidades lo permitan sea buena”, “....la comunicación tiene que ser interrelación entre los dos, tiene que haber una reciprocidad porque si es en un solo sentido yo no lo llamaría comunicación sino información. .... yo admito, yo recibo, comprendo, analizo, transformo y envío otro concepto”. “La comunicación tiene que volverse una relación interpersonal mas que transmitir información”. “Los pacientes tienen que estar dentro de los planes, tienen que saber cual es el plan y saber si entran o no entran en el plan que se les está proponiendo”

Igualmente consideran que contribuyen o aportan a esta problemática:

- entender a esa persona en las circunstancias en que se está desarrollando, hay que ver otros factores adicionales.
- ...y que eso había que explicárselo al paciente, cual era su proceso de aceptación del duelo en caso de pérdida de algún miembro o de cualquier patología
- la comunicación debe ser clara y breve
- aclarar especificándole claramente como es el trámite.

---

<sup>22</sup> Bermejo, José Carlos. Relación pastoral de ayuda al enfermo. Ediciones San Pablo. Madrid. 1993

Los “correctivos” y opciones para mejorar las relaciones cotidianas con los pacientes, mediadas por los diversos tipos de comunicación se ponen de presente en la percepción de los integrantes de las organizaciones de salud sobre el “deber ser” de la misma, unas condiciones ideales de la comunicación, que serían:

- entenderla como una relación interpersonal y de doble vía, es decir tomando en cuenta al otro no solo como receptor pasivo sino como coproductor de la comunicación;
- además de claridad y brevedad. debe ser lo más completa posible
- asumirla como un medio para llegar a acuerdos;
- concebirla como una forma de ayuda.

De hecho la normatividad en boga apunta a la mayor participación del paciente (asociaciones de usuarios, sistema de atención al cliente, consentimiento informado, autocuidado de la salud), pero esto no ocurre, entre varias más, por estas razones:

1. se otorgan más derechos, pero se opaca el correlato de sus deberes.
2. se involucra al paciente en terrenos previamente vedados, donde debe adquirir experiencia.
3. el equipo de salud percibe esto como intromisión.
4. no se visualiza que hay un fin primordial común (el paciente) y otros secundarios (que interesan al conjunto de la sociedad en general y a los trabajadores de la salud en particular – tales como campos de aprendizaje, sentido de vida, sustento económico-), en la interacción paciente- grupos de salud, por lo la misma debe generar acciones conjuntas y complementarias.
5. por tanto no se promueve cooperación entre las partes.
6. las relaciones están enmarcadas por un sistema no coherente porque en general excluye, discrimina, centraliza poder en el gobierno y en las EABS no en los usuarios, ni en los prestadores de servicios, y promueve la competencia basada en el individualismo, no en la solidaridad.

Para propiciar actitudes positivas al interior de la propia organización. Explicar es la estrategia descollante en la mayoría de situaciones. Explicar las consecuencias negativas en contraste con las deseables, pretendiendo involucrar al interlocutor, sea este un paciente o un compañero de trabajo. Esto permite la necesaria claridad,



oportunidad e integralidad de la información. Hay que reconocer la calidad de interdependencia de las distintas áreas en este aspecto, comprender que en la comunicación de un grupo, la que brinda un sector del mismo se convierte en un insumo para otros e incide profundamente en el desarrollo de sus funciones y las de toda la organización. Es importante para mejorar nuestra co-responsabilidad en los procesos comunicativos conocer entre todos los miembros de las IPS los procesos y procedimientos que llevan a cabo todas las áreas.

Para los pacientes resulta vital estar enterados de las condiciones que impone el sistema de salud y particularidades de los respectivos planes de salud, lo que tiene como efecto mejorar la comunicación entre prestadores de salud y sus pacientes y entre prestadores y aseguradores. Esta es principalmente responsabilidad de los aseguradores, pero ante el obvio vacío, las IPS deben desarrollar estrategias para llenarlo siendo creativas en los medios y recursos a utilizar.

### *11.5 - EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES, LAS ORGANIZACIONES Y LOS ROLES*

De acuerdo con nuestros resultados el desempeño del trabajador de la salud vá más allá de decisiones puramente individuales, pues encontramos un componente social, ligado a la influencia y las relaciones sociales y uno psicológico con elementos cognoscitivos, afectivo e ideológicos. La representación configurada no es autónoma ni automática sino que está determinada por idearios (quizá representaciones colectivas) de lo que DEBEN ser tanto la relación como sus actores y fuertemente NORMATIZADA por las instituciones de nuestro país.

Esto refleja la doble lógica, social e individual que reviste a las R S, donde unos ideales – definidos socialmente e interiorizados por los trabajadores del grupo de salud- de prestación de servicios de salud y de los atributos de los agentes prestadores, entran en contradicción con las condiciones concretas en que tiene lugar dicha prestación y sus intercambios personales. Así, lo cognitivo – el deber ser- confrontado con la práctica – el ser- genera una serie de ambigüedades y conflictos que se traducen en la forma y contenido de la prestación de servicios de salud, afectando tanto la relación entre pacientes y grupo de salud como a sus agentes, con repercusiones en lo cognitivo y en lo afectivo.

Otras consideraciones pueden hacerse a nivel de los contextos institucional, organizacional y grupal. Como se expuso precedentemente hay una fuerte mediatización de lo macro, pero esto puede remodelarse en los otros niveles. Se trata de que las organizaciones sean objetos o sujetos. Ejemplos de organizaciones objeto hay muchos, como también existen de organizaciones sujeto que han desarrollado de manera exitosa procesos en función de sus características y en interés de los pacientes, por fuera de los marcos generalmente estrechos de la norma, tipo POS (Plan Obligatorio de Salud) o elaborando relaciones de confianza con las EABS con base en auténticos criterios de calidad. Hace parte del actuar como sujeto la organización, el estudio y presentación de alternativas y propuestas, el develamiento de falacias en el sistema, acciones que sectores significativos han venido ejerciendo en nuestro país desde hace tiempo, y que deben fortalecerse y apoyarse. En el caso investigado el organizacional ofrece parcialmente características de organización sujeto – privilegiando una concepción y práctica humanísticas respecto del paciente- a los otros, cuyo sello imprime a la R S.

Esto quiere decir que el nivel contextual organizacional del colectivo estudiado –la organización de tipo hospitalario-, provee cierto soporte a significados de la R S en los que prevalecen elementos humanísticos y que dan un sentido más gratificante a la labor en salud, siendo además el escenario concreto de esta praxis.

Lo que esto pone de presente es una responsabilidad organizacional con sus asociados que debe superar las condiciones locativas o contractuales y avanzar en la dirección de, una vez definidos y socializados los elementos de la cultura organizacional sobre su práctica, tipo valores, objetivos y prácticas deseables, implementar las condiciones tanto materiales como simbólicas que hagan grato y productivo el quehacer de sus trabajadores. De manera concreta favorecer cualidades como la escucha –activa-, la comunicación y el consenso, la empatía, la solidaridad, la cooperación, el ofrecimiento de consuelo y alivio, así como el crecimiento y fortalecimiento de los individuos y el conglomerado, en frentes cognitivos, emocionales, relacionales y también, pero no exclusivamente, económico. De todo ello podrá emerger algo fundamental: una resignificación de su labor que la dote de un sentido.

Los grupos pueden establecer relaciones competitivas o cooperativas, unos predominan y otros se subordinan. Los paradigmas emergentes en el terreno de la salud han propiciado el desarrollo de nuevos tipos de tareas como mercadeo,

financiero, cartera, jurídica, que antaño ni siquiera se suponían como parte integral de nuestras organizaciones. Pero no se trata solo de su surgimiento sino de la hipertrofia de estos grupos que llegan a opacar en importancia y tamaño a los asistenciales. Precisamente esto marca en cierto modo las relaciones de los pacientes con los diferentes sectores en una IPS de mediano nivel, diferenciándose nítidamente con quienes la interacción es de corte comercial (como por ejemplo en asignación de citas y comprobación de derechos, caja y facturación) y con quienes es de tipo asistencial, con todas las implicaciones que ya se han tratado. El paciente es el elemento conector en estas organizaciones, se convierte en un proceso que generado en recepción o en urgencias, transcurre por las distintas dependencias clínicas, con el apoyo de todos los servicios que la integran, hasta llegar al área administrativa que constituye la parte final del proceso de atención del paciente. Al ser trasladados de unas a otras dependencias van acompañados por conflictos o diferencias entre las mismas.

Como se apuntó antes, las instituciones determinan roles (médico, paciente, enfermera, mercaderista de servicios de salud, etc.) y dadas institucionales, para el caso que estamos tratando: trabajador de salud (médico, enfermera, bacterióloga, etc.) – paciente, o médico –enfermera. En todos ellos, el poder y lo institucional establecen las formas como se desempeñan, imponiendo a uno de ellos como poseedor del conocimiento y parte activa y al otro como ente pasivo en manos del primero.

Sin embargo, esto no es ineludible, en ocasiones un médico puede establecer un vínculo con el paciente, distinto al tradicional, similar por ejemplo al de un sacerdote y su feligrés o al de maestro alumno, si escucha, aconseja, enseña o consuela. Bermejo<sup>23</sup> hace alusión a la “consideración positiva”, significando con ello ponerse en favor del enfermo en cuanto este es una persona que tiene en sí la potencialidad y los recursos para hacerse “mas humana” de cuanto lo es en el presente”.

Ahora bien, en referencia a las relaciones dentro de las organizaciones de salud es característica su marcada jerarquización interna, y la constitución algunas veces de grupos como “fortines”, aislados y hasta enfrentados unos y otros, definiéndose no por sus tareas comunes sino por las que los diferencian que son convertidas en excusa para el distanciamiento. Se olvida que en realidad existe una mutua dependencia y objetivos organizacionales comunes que deberían impregnar el tipo de relaciones intergrupales con actitudes más colaborativas, participativas y

---

<sup>23</sup> Bermejo, Carlos. Obra citada.

responsables. Las alusiones al distanciamiento de los médicos son muy frecuentes: “la relación del paciente con enfermería y con el medico son separadas” acota enfermería añadiendo: “Por lo menos el doctor X, que el ni siquiera se dirige a uno, el es solamente la jefe y la jefe, y no hay nadie más. Entonces el muchas veces no sabe que nosotros hicimos la noche, que nosotros le miramos la herida, que nosotros movimos al paciente, que nosotros le ayudamos a dar la comida...”, lo que demuestra el desperdicio (quizá también desprecio?) del conocimiento que tienen quienes interactúan más frecuente y directamente con los pacientes; quienes laboran en recepción aqueja de los médicos la ausencia de respaldo, y acusan aún más la percepción de que algunos colaboran a su irrespeto por parte de los pacientes, lo que se hace más notorio al sentir que los médico son tratados de manera casi opuesta por parte de los pacientes (“el médico tiene ante los pacientes una caparazón”). El temor en casos aislados pero significativos signa la relación con el médico. (“se refiere a ciertos médicos especialistas, lo hace como con, yo misma me doy cuenta, agachando la cabeza como con miedo” ó “pero uno como va a hablar con el médico y a preguntarle si lo primero que le va a decir: “usted como me pregunta eso”, “usted como se atreve” , “no vé que”, “usted no sabe”. “vieja bruta!”).

#### *11.6 - EL LUGAR DE LO AFECTIVO*

Este factor puede ser subvalorado al estudiarse una R S, dado el énfasis que por definición se pone en lo social. La afectividad no solo es afectada por la representación, ella también es co factor de su configuración y es lo que se aprecia en este trabajo. Los sentimientos y sensaciones propios (en referencia al entorno inmediato, al objeto mismo de la R S -es decir el paciente-, relacionados con sus expectativas y sus valoraciones) la mediatizan. Conocerlos y visibilizarlos es una labor de la psicología social y una aplicación a lo laboral.

Los hallazgos no dan lugar a dudas sobre el privilegiado lugar que la emotividad ocupa en la relación estudiada. Si se define como una compleja integración de aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos, esto no debe extrañar. Un paciente enfermo fácilmente puede tener alteraciones en su percepción, tanto por las disfunciones de tipo orgánico como por los mecanismos psicológicos en el terreno de lo emotivo que ellas generan. Y desde luego la amplitud y calidad de sus mecanismos cognitivos modularán lo anterior. Contando con estos elementos, y desde un punto de vista orético, no es

difícil comprender que lo que le motiva es la percepción de que su supervivencia está en juego constantemente y por tanto sus actitudes se caracterizan por ser defensivas – agresivas.

La humanidad tiene que ver con varias cualidades. Entre ellas, la afectividad. Como se deduce de los discursos analizados, el afecto es omnipresente en la relación que se ha venido considerando. No puede ser de otra manera, porque quienes interactúan son personas, y las personas no pueden disociar (aunque se pretenda) sus distintas facetas. En los seres humanos percibir, sentir, saber y hacer, actúan de manera integrada, como un todo. La afectividad orienta y anticipa acciones de acuerdo a informaciones tomadas del medio. Como ellas son socialmente aprendidas (sin olvidar que hay una base biológica para su expresión), es posible modular su manifestación si se producen transformaciones en el entorno. Modular no significa eliminar, ni inhibir, sino vivirlas auténticamente, reconocerlas (que no es lo mismo que aceptarlas) aunque se encuentre que algunas sean deletéreas, de manera que se conozcan su función y su origen, y del mismo modo la potencialidad de cambiar las circunstancias y condiciones que las generan.

#### *11.7 - ¿Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD?*

Quiénes con funciones diversas, pero orientadas al mismo fin, reparar o promover la salud, controlar o tratar sus alteraciones en personas que se denominan pacientes, se cuestionan, se interrogan, se reconocen respecto a los mismos. En ellos surgen las acciones correspondientes; un paciente es de acuerdo a las circunstancias : atendido, interrogado, percibido, requerido, interpretado, entendido, escuchado, tratado, informado, calmado, orientado, seguido, guiado, acompañado, servido, entrenado, manipulado, nominado, numerado, soportado, sufrido, negociado, satisfecho y, hasta utilizado.

Tales actuaciones ocurren en unas situaciones concretas, poseen unas características y requieren habilidades. Los trabajadores en salud las reconocen y enuncian: también ellos poseen emociones, sensaciones (cansancio, frío, frustración, impotencia), niveles de autoestima, un autoconcepto, expectativas, anhelos y motivaciones (necesidades, aprendizaje). Se debe ser atento, amable, discreto, conocer e interpretar otros factores que influyen en la patología y tratamiento del paciente y

requieren apoyo de expertos, no asumir responsabilidades para las que no esté preparado, ser “paciente”, saber escuchar, no entrar en conflicto, ilustrar y proponer alternativas. La mayoría de acciones de los trabajadores de salud se orientan en sentido positivo hacia el mismo, desde luego deben darse otras en respuesta al paciente, en sus acciones y actitudes, pero un número importante de estas tiene un significado de padecimiento, de soportar y aceptar.

Se está sujeto a un variopinto universo de circunstancias del tenor de: servicio en que se labora o donde se atiende (consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía); horario de atención (mañana, tarde o noche); limitaciones (cognitivas, afectivas, físicas, normativas, locativas); cantidad de trabajo; la edad y patología del paciente (“los niños son mas complicados” afirman la enfermeras, “en circunstancias especiales, como con niños debe balancearse lo que representa el niño y lo que interpreta la madre” según uno de los galenos, los ancianos se muestran mas dependientes asevera una integrante del área de servicios generales).

Estos trabajadores reclaman su carácter, también, de personas y una mirada mas equilibrada por parte de los pacientes, pues no son solo dadores, ni “maquinas”, sino seres que poseen afecto, necesidades y derechos. La empatía debería fluir en ambos sentidos: “... pero la gente no piensa eso, no se pone en los zapatos de nosotros”<sup>24</sup>. Existe una gran demanda de comprensión y de trato amable por parte de los trabajadores de la salud.

Hay que reiterar que la expresión “humanizar” la medicina (o los servicios de salud) comprende un trato adecuado, en todos los órdenes, para los actores, quienes son no solamente los pacientes y sus allegados, sino también quienes les atienden, sirven y atienden.

---

<sup>24</sup> Grupo de discusión con trabajadoras de recepción y citas.

## **12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### *12.1. SOBRE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES*

Profundizar en una R.S. pretendiendo un correcto conocimiento y aprehensión de la misma exige su abordaje desde diferentes ángulos y puntos de vista, así como la concurrencia de métodos diversos en su estudio. Para tal efecto es importante incluir dos elementos importantes en las interacciones sociales: la comunicación y las modalidades de relación. Las últimas pueden contribuir a entender el carácter polisémico de la R.S., la primera es factor constitutivo de una R.S. puesto que sin ella no hay posibilidades de su elaboración común, ni de su difusión y anclaje. Pero así como estos dos aspectos influyen la construcción de una representación, también sufren el influjo de ella.

Tal como se ha anotado, la creación de una representación de algo (o alguien como vendría a ser el caso del paciente) con lo que se interactúa cotidiana y estrechamente, provoca un reflejo en quienes hacen dicha representación. Este reflejo es una autoimagen.

Dicha autoimagen es una especie de deber ser, y también una reflexión sobre lo que se hace, como, porque, y como mejorar. Cabe acá la imagen propia del grupo de salud que en ocasiones se autorepresentan como sufridos, necesitados también, con unas obligaciones sociales para cuyo ejercicio requieren unas virtudes o habilidades concretas.

El trabajo hace evidente que los cambios que en la última década ha vivido nuestro país en torno a la salud como concepto, como institución y como práctica, repercuten en la R. S. que los trabajadores en salud erigen sobre el paciente y se traducen en una figura básicamente bipolar, la cual tiene efectos sobre la práctica y el desempeño de los roles específicos. La bipolaridad presentada interviene también en el sentido que se atribuye a la práctica.

Los cambios han hecho aparecer roles nuevos y han rediseñado los existentes. La situación específica (rol) de cada actor en el sistema de salud influye en el tipo de representación constituida. Esto da cuenta del dinamismo propio de las R.S.

Las actitudes de los pacientes, básicamente de confrontación (exige o pelea y demuestra premura) o de pasividad (solicita y espera) expresan una necesidad que tiene su origen en el dolor y la soledad que son la sensación y el sentimiento más comunes. También están en dependencia de la relación con los otros. Además solo se hacen visibles a los ojos de los demás, en la interacción social. Y la misma interacción puede modificarlas o enfatizarlas. Es decir que en este momento entra en juego el agente de salud, para orientarlas – con sus propias actitudes y acciones- en uno u otro sentido.

## *12. 2 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN INVESTIGACION*

El desarrollo de la presente investigación pone de presente la utilidad de las representaciones sociales como instrumento de investigación. Ellas permiten adentrarse en el estudio de otros fenómenos. Aquí se trató de inquirir sobre aspectos psicológicos de tipo social, puesto que el referente siempre fue lo relacional, y específicamente en un ámbito laboral. de igual manera la reconstrucción de una representación social puede devenir a nivel ideológico y práctico, en la generación de “conciencia” dentro de los colectivos. Las representaciones están en íntima relación con otros procesos psicosociales del tipo habituación y normalización, los cuales son útiles como formas de adaptación a las situaciones adversas, y pueden tener efectos nocivos en el desarrollo de las comunidades como “las bajas expectativas de cambio respecto a las circunstancias de vida, a la vez que se perciben las circunstancias alternativas como alejadas, imposibles, ajenas o fuera del alcance de las personas que se encuentran en esa situación” (Montero, 2004;:256). Hacer patente que las situaciones sociales son construidas, no naturales, y por tanto sujetas a un cambio, cuyos agentes podemos ser nosotros mismos, es parte de las consecuencias de esta investigación, en la población que hizo parte de la misma. Y así se inicia la espiral de la investigación acción participativa, que es seguida por bucles de reflexión – acción –reflexión, siempre contando con el sentir, querer, sabe y actuar de las personas que hacen parte de los colectivos.

Esto lo ejemplifican los siguientes párrafos.

“Entonces lo que toca es como empezar a tener ese cambio cuando uno empieza comunicarle a los pacientes, porque ellos tienen que estar dentro de los planes, tienen



que saber cual es el plan y saber si entran o no entran en el plan que se les está proponiendo y en la medida en que uno pueda diseñar un plan con el otro es que la comunicación toma esa validez que sería la propuesta actual, poder entender que la comunicación es una comunicación interpersonal y no solamente transmitir una serie de datos de una persona a otra persona y esta simplemente tomarla y llevársela, sería eso”

“Al paciente uno lo entiende porque bueno, es la primera vez que viene, o es la primera vez que utiliza ese seguro y de pronto no le explicaron la manera de usarlo, uno se pone en la tarea de explicarle, de hacerle entender”

“Para ellas el concepto clínico es totalmente nuevo y diferente a lo que nosotros podemos ver. Muchas veces uno no maneja o no entiende la angustia de una mamá cuando llega corriendo al servicio... Entonces es de pronto entender la angustia de las mamás y explicarles”

“pacientes que el diagnóstico inicial o de remisión no es el problema sino todo lo que conlleva para que se haya producido,... el punto básico, al objetivo de cualquier tratamiento no es tratar los síntomas sino tratar el origen, pero requiere tiempo, ... requieren que alguien se sienta a escucharlos, eso lo debemos hacer”

### *12.3 SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE ESTA INVESTIGACION*

#### *12.3.1- EN LA CONCIENCIA DE LOS TRABAJADORES*

Una de las técnicas empleadas, grupos de discusión, ha abierto las puertas a un grado de conciencia (de identificación de los intereses propios, y simultáneamente de los pacientes, y de los puntos de confluencia entre ellos) que promueve a los que intervinieron en la investigación al papel de *sujetos*, no solo de agentes de políticas de salud y de los sistemas creados para llevarlas a la práctica. Esta identificación, junto con el develamiento de una gama de factores que se relacionan con su labor y redescubrimiento del sentido de lo que hacen, les empieza a habilitar para definir rumbos que estén más en consonancia con lo que consideran adecuado y conveniente para la diada paciente – trabajador en salud, así sea en contravía de lo instituido o de intereses de otros actores del sistema.

Los grupos participantes en el estudio ubican problemas y proponen soluciones, por tanto sí se pueden intentar y llevar a cabo modificaciones a partir de la intención de cambiar algo (al otro, a mí mismo, al proceso, a la organización hospitalaria, a la institución salud) y de los esbozos de cómo hacerlo. En este proceso se van reconociendo las capacidades y las limitaciones que se tiene, y por tanto las potencialidades para elevar su desempeño. Esto se traduce en niveles de autonomía y capacidad de gestión, en medio de un contexto no solo excesivamente normativo sino difícil y adverso. Estas afirmaciones se sustentan en las siguientes conclusiones formuladas por los grupos:

- Reconocer al otro en su individualidad y particularidad, para pretender reciprocidad y así lograr un entendimiento sobre la base del respeto y consideración mutuos.
- Identificar el papel de ayuda que connota la labor del personal de salud y que informa a la relación con los pacientes.
- Sostener el criterio de ayuda y solidaridad, que deben llevar a la cooperación, grupo de salud - paciente.
- Exigir que EABS provean al afiliado (potencial paciente) información completa y veraz de los planes de beneficios, sus restricciones y los mecanismos y condiciones de accesibilidad a ellos.
- Ofrecer también en la IPS información adecuada, integral y oportuna, a los pacientes, seleccionando entre los múltiples medios los mas pertinentes.
- Rediseñar la señalización de la clínica.
- Conocer las actividades y funciones de los demás grupos de la organización. Establecer mecanismos ágiles y eficientes de comunicación e información, ante lo cambiante de la normatividad y de los convenios de atención.

#### *12.3.2- APLICACIONES PRACTICAS*

Desde el componente sociológico, claramente evidenciado en este estudio, es urgente promover cambios en nuestro sistema de salud que a su vez implicarán algunas modificaciones macro en lo económico y social. Cambios que demandan la cohesión de los agentes prestadores de servicios de salud, reflejada en un tipo de organización amplia y fuerte con unos propósitos claramente a favor tanto de los pacientes como de los trabajadores del sector.

Pero en tanto, o al tiempo que, esto sucede deben emprenderse tareas a otros niveles, puesto que si bien la R S y las prácticas que ella orienta dependen en mucho, como se ha visto, de condicionantes contextuales, tampoco carecen de elementos psicológicos o individuales, como las motivaciones y actitudes (propias y de los pacientes) que son susceptibles de transformarse, como lo confirman las experiencia de integrantes del grupo de salud. Ellas pueden modularse con acciones desde el marco de referencia más inmediato – la organización- como:

Diseñar un plan de capacitación en aspectos como comunicación, relación de ayuda e influencia social (transformando el concepto de poder y su aplicación práctica).

La enseñanzas del trabajo en aspectos como comunicación, motivación, actitud, relaciones interpersonales, comunicación, etc deben ser utilizadas para apuntalar una cultura organizacional.

Ellas deben así mismo, hacer parte de los proceso de inducción al nuevo personal.

Ofrecer herramientas que permitan conocer y ubicar recursos colectivos e individuales para las demandas del ejercicio profesional, en particular aquellas distintas de lo meramente técnico.

Perseverar en actividades -insertadas en el ámbito laboral-, de intercambio de ideas, sentimientos, opiniones, etc, donde se reflexione sobre el desempeño profesional no solo desde parámetros técnicos sino culturales, ideológicos y de sentido.

Abrir y mantener espacios de participación, que cuales faciliten el aporte, el compromiso y el crecimiento individual y grupal.

Lo anterior redunda en la adquisición de una identidad comunitaria y en su fortalecimiento (empoderamiento) para adoptar actitudes que superen la pasividad, la resignación o la simple reacción.

Estas mejoras del colectivo de trabajadores del área de la salud revertirán en su fundamento como rol: los pacientes.

Por todo lo anterior, un área como la salud se puede (y debe) enriquecer con los aportes (conocimiento, métodos y prácticas) de otras ramas de la ciencia. Para el caso presente se nutrió con elementos de la Psicología Social Comunitaria, entendida como un nuevo paradigma de la psicología que centrada en el “desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas, estudia para ello las relaciones de poder y control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en el ámbito latinoamericano ...se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social ...” (Montero, 2004; 76). De manera recíproca, la psicología social comunitaria demuestra una vez más sus múltiples posibilidades y campos de acción.

### **13. INTERVENCIONES**

Varios procesos de intervención surgieron, algunos dentro del proceso de investigación y otros como consecuencia de la misma.

Dentro de los primeros la puesta en escena o visibilización de elementos que componen el actuar de los trabajadores y la problematización de su quehacer a través de la reflexión conjunta y de la generación de propuestas ante los conflictos evidenciados. Los grupos de discusión se convirtieron en escenarios de expresión de los distintos grupos de trabajadores, satisfaciendo una necesidad de comunicación e interacción.

Culminado el estudio se plantearon actividades dentro de la organización que posibilitaran superar limitaciones y promover mejoras en dos aspectos: a) la comunicación (tanto entre los miembros de la IPS, como de ellos con los pacientes y las EPS); b) la relación de ayuda.

Hasta el momento de este informe (Octubre 2004) se realizaron en dos organizaciones de salud (Clínicas privadas) talleres orientados a mejorar la comunicación mediante un mayor conocimiento de las actividades de los distintos grupos y cargos, concebidas como una capacitación mutua.

#### **TALLERES**

##### **TIPO A**

##### *Objetivos:*

Facilitar el conocimiento mutuo de las funciones de los diversos trabajadores en la Clínica identificando en las distintas acciones su mutua relación e interdependencia.

Adquirir conocimientos y favorecer actitudes que faciliten la ayuda a los pacientes.

### *Descripción*

Asistentes: tres grupos de 20 trabajadores de la Clínica Boyacá, acompañados por el gerente, la jefe de personal y el tallerista.

Duración: 70 minutos.

Sitio: sala de juntas de la Clínica Boyacá.

Actividad: cada uno asume un rol distinto al de su cargo habitual y se simula la atención de un paciente (interpretado por la jefe de personal). Todos desarrollan una observación de los eventos y a continuación intervienen haciendo las correcciones que el desempeño de su “sustituto” amerita, con un resumen de sus actividades y/o funciones habituales, agregando recomendaciones respecto a las acciones de los demás que favorecen o entorpecen su trabajo. Finalmente se hacen comentarios generales por parte de todos los asistentes y una pequeña discusión.

*Conclusiones:* la actividad resulta de utilidad para conocer, recordar o actualizar las distintas funciones y acciones de los distintos funcionarios, factor previamente identificado como necesario para que la interacción que conlleva la dinámica cotidiana de la organización sea más eficiente y cooperativa. Así mismo, este mutuo conocimiento y reconocimiento favorece la atención de los pacientes por cuanto permite orientarlos en cualquier sección de la Clínica, evitarles trámites inútiles o acortar los necesarios.

### **TIPO B**

#### *Objetivos:*

Recrear la condición humana de los pacientes y de quienes les atienden y por tanto de la relación entre ellos.

Precisar las necesidades específicas de quienes desempeñan el rol de paciente y el de trabajador de la salud.

Hacer visibles factores que influyen esta relación y el carácter de dichas influencias.

*Descripción:* Asistentes: cuatro grupos de 10 trabajadores de la Clínica El Laguito.

Duración: 75 minutos.

Sitio: sala de juntas de la Clínica El Laguito.

Actividad: alrededor del “paciente” como tema de discusión se reconstituyen sus características básicas y se ponen de presente factores que ejercen influencia en ellos. Concurrente con ello se va reafirmando nuestro rol como trabajadores de la salud en un contexto específico. Finalmente se hacen comentarios generales por parte de todos los asistentes y una pequeña discusión.

*Conclusiones:* el taller propició una mirada reflexiva del actuar cotidiano y de las personas sobre quien este recae (los pacientes). De la misma manera propició una contextualización del quehacer, visualizando factores que dependen del personal de salud y otros de difícil acceso a ellos.

De manera general los talleres permitieron precisar formas de dar ayuda al paciente:

Ayudar se traduce en acciones concretas del tipo ofrecer una silla de ruedas, una aclaración, hacerle una “vuelta”. En general ayudar puede ser:

- Informar
- Acompañar
- Diligenciar
- Escuchar
- Orientar

Sobre el aspecto particular de la comunicación se enuncian una serie de características que debe tener:

- completa e integral (no fragmentar: dar solo unos datos y omitir otros, explicar todos los requisitos, no solo sobre un servicio y no los demás,
- oportuna (antes de hacer algo para que se haga bien y eficiente; antes de acudir a la clínica, antes de subir varios pisos o trasladarse a otra dependencia),
- veraz y correcta,

- adecuada (no despertar expectativas que no se pueden cumplir, no ofrecer lo que no se da, etc),
- no personalizar (evitar el uso de expresiones como: yo..., no atiendo, necesito, no hacemos, no tenemos), para evitar caer en el terreno de lo personal, cuando generalmente no se trata de decisiones o procesos autónomos sino determinados por agentes externos.
- volumen, tono y velocidad pertinentes,
- empezar el contacto ubicando la situación y necesidad del paciente no con obstáculos o requisitos o información de derechos (EPS; etc.) que deben comunicarse en momento posterior,
- dejar hablar a las personas (se reúne información sobre lo que quiere y como lo quiere, sobre sus expectativas, sobre el tipo de persona, lo que nos sirve para actuar, proponer , informar, etc.

Como parte de la intervención, la dirección de la Clínica Boyacá tomó la decisión de terminar una serie de acciones que había iniciado y ejecutar otras más que buscan mejor comunicación con los pacientes y dentro de la organización. Entre las que se habían iniciado previamente destacan los manuales de procesos para todas las dependencias diseñados participativamente con los trabajadores implicados y la jefatura de personal, lo que concluyó con su socialización.

Las acciones derivadas directamente del trabajo investigativo consistieron en:

1- La publicación de la Declaración de derechos y deberes de los pacientes, trabajo que no es novedoso pero que tiene en este caso el valor de haber sido fruto del análisis y discusión de los trabajadores, con las consecuencias de “situarse” en el lugar de ellos logrando una mejor comprensión de que es un paciente. (Anexo 3)

2- Elaboración de cartillas o portafolios que orientan a los pacientes hospitalizados en diversos aspectos como: servicios, trámites, planes de emergencia, horarios, cuidados y recomendaciones.



Finalmente, utilizando parte del material de la investigación se redactó un texto dirigido a quienes laboran en el sector salud, y que se presenta adjunto a este informe.

Un trabajo cualitativo es reacio a evaluarse mediante indicadores cuantitativos, sin embargo un criterio de este tipo pueden ser la encuestas de satisfacción que se usan en la Clínica Boyacá. Estas indagan sobre cinco aspectos: tiempo de espera, calidad técnico – científica, calidad humana y calidad locativa general y particular del área de atención. Es posible evidenciar como el tercer ítem, que está ligado estrechamente a la pesquisa efectuada, es el mejor calificado y pese a ello revela mejoras sucesivas durante los años en que se realizó el presente estudio, según lo presenta el anexo 4.

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Esquema del diario de campo utilizado

Organización

Area o Lugar

Observadores

Fecha

Hora

Nivel descriptivo	Nivel interpretativo	Reflexiones y planes de acción

## ANEXO 2

### ANALISIS DE ENUNCIADOS

- A. Hay pacientes diferentes como personas diferentes hay, que se podrían agrupar pero están muy influenciados por su historia biológica, cultural. Es muy diferente atender en un hospital a un paciente subsidiado que a un paciente contributivo, o sea cambian varias cosas tiene más conocimiento científico, sabe más de lo que le está pasando, entiende más sobre los medicamentos y los exámenes, de tal manera pues, interviene más en la consulta y eso puede ser para bien o para mal porque claro que a uno le beneficia en la conducta, en el tratamiento que el paciente entienda qué es lo que va a hacer, lo que debe hacer, en qué consiste su enfermedad, es una de las cosas que debe salir de la consulta; que el entienda esas cosas, pero ya cuando empiezan a cuestionar lo que uno piensa o a dudar del tratamiento o a pensar que otro tratamiento sería mejor porque a fulanito de tal se lo hicieron, entonces entra en controversia con el médico y eso va en deterioro del tratamiento. Pues yo creo que uno no puede definir un paciente porque sería como definir que es un individuo. Los pacientes son muy diferentes, que vengo por diferentes cosas, hay unos que vienen solo por charlar, sobre todos los abuelitos que se sienten solos, que les gusta que uno les diga “qué más y termina hablando de cosas ajenas al motivo de consulta” y ellos vienen por eso, a saludar. Hay que sí sinceramente vienen solucionar síntomas, que el dolor de cabeza, que viene a que le pase eso. Y otros que vienen al famoso chequeo, no dejarse enfermar.

1. Hay pacientes diferentes como personas diferentes hay
2. están muy influenciados por su historia biológica, cultural
3. diferente atender en un hospital a un paciente subsidiado
4. paciente contributivo, ( tiene más conocimiento científico, sabe más de lo que le está pasando, entiende más sobre los medicamentos y los exámenes, , interviene más en la consulta)
5. puede ser para bien o para mal porque
6. o beneficia en la conducta, en el tratamiento que el paciente entienda qué es lo que va a hacer, lo que debe hacer, en qué consiste su enfermedad,
7. debe salir de la consulta entendiendo esas cosas
8. o cuestiona lo que uno piensa o duda del tratamiento o a piensa que otro tratamiento sería mejor porque a fulanito de tal se lo hicieron, entra en controversia con el médico y eso va en deterioro del tratamiento
9. uno no puede definir un paciente porque sería como definir que es un individuo.
10. son muy diferentes
11. vienen por diferentes cosas
12. unos que vienen solo por charlar, sobre todos los abuelitos que se sienten solos, vienen a saludar.
13. vienen solucionar síntomas, que el dolor de cabeza,
14. vienen a chequeo, para no dejarse enfermar.

## ANEXO 3

### DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

En la Clínica Boyacá, brindamos cuidado de calidad a cada paciente y familia sin tomar en cuenta la raza, religión, sexo, capacidades o preferencias culturales. Como paciente o familiar, usted tiene derechos y deberes, los cuales se resumen en este documento.

#### DERECHOS DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

##### 1. Información

- Usted tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y/o escrita, de todo lo relativo al proceso de atención.
- Usted tiene el derecho de saber acerca de la condición, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; en lenguaje claro y comprensible por parte de su médico.
- Usted tiene el derecho a la información detallada acerca de su cuenta.

##### 2. Participación

- Usted tiene derecho a la libre escogencia entre las opciones que le presente el médico responsable de su caso, usted tiene el derecho a cualquier información que necesite para tomar decisiones sobre su cuidado. Explicaremos todas las opciones para que entienda los beneficios y riesgos de cada decisión; siendo preciso su consentimiento **excepto** en los siguientes casos:  
Cuando la urgencia no permita demoras  
Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.  
Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.
- Usted puede rechazar cualquier tratamiento excepto en los casos que la ley no lo permite.
- Usted tiene el derecho de usar nuestro proceso para atender sus inquietudes, sugerencias y quejas en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a causar ALTA VOLUNTARIA en todo momento tras firmar el documento correspondiente.

##### 3. RESPETO Y DIGNIDAD PERSONAL

- Usted será tratado con cortesía y respeto. Haremos todo el esfuerzo para entender su cultura, sus valores y sus preferencias.
- Honraremos su privacidad y la privacidad de la información de los expedientes médicos.
- Proveeremos cuidado apropiado y apoyo al final de la vida.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

Los pacientes y sus familias tienen responsabilidades específicas con la Clínica Boyacá

### 1. Proveer Información

- Usted es una parte importante del equipo de cuidado de su salud. Usted se conoce mejor, y la información que usted tiene es muy importante. Por favor comparta información sobre síntomas, tratamientos, medicinas y otras enfermedades.
- Usted debe decirnos si hay algo que no entiende acerca del tratamiento.

### 2. Proveer cuidado apropiado.

- Es importante que entienda el plan de cuidado indicado y que lo pueda seguir. Si no entiende o no puede seguir el plan de tratamiento, es su responsabilidad informarnos.

### 3. Cumplir con las obligaciones financieras.

- Usted debe ayudar para asegurar que la cuenta del servicio recibido sea pagada tan rápido como sea posible, debe aportar los documentos requeridos, y diligenciar las autorizaciones necesarias.

### 4. Apoyo emocional y espiritual

- Respetamos y apoyamos su derecho de observar sus propias creencias sociales, culturales y espirituales, días festivos y rituales; su clérigo o representante espiritual puede visitarle.

### 5. Respetar los derechos de otros

- Usted y otros miembros de la familiar son bienvenidos en todas nuestras instalaciones durante las horas de visita; por protección para ellos aconsejamos no traer menores de 12 años.
- Se espera que usted y su familia respete los derechos de otros pacientes, familias y de nuestro personal.
- Usted debe seguir las reglas de la clínica sobre el cuidado de los pacientes.
- Se espera que usted use nuestros equipos e instalaciones cuidadosamente para que permanezcan en buena condición para otros.
- Se espera que usted cuide los artículos valiosos y personales. La clínica Boyacá no puede asumir responsabilidad por sus artículos personales.
- Usted tiene que observar todas las precauciones de seguridad y abstenerse de fumar.
- Usted debe cumplir con puntualidad sus citas en las diferentes dependencias de la Clínica.

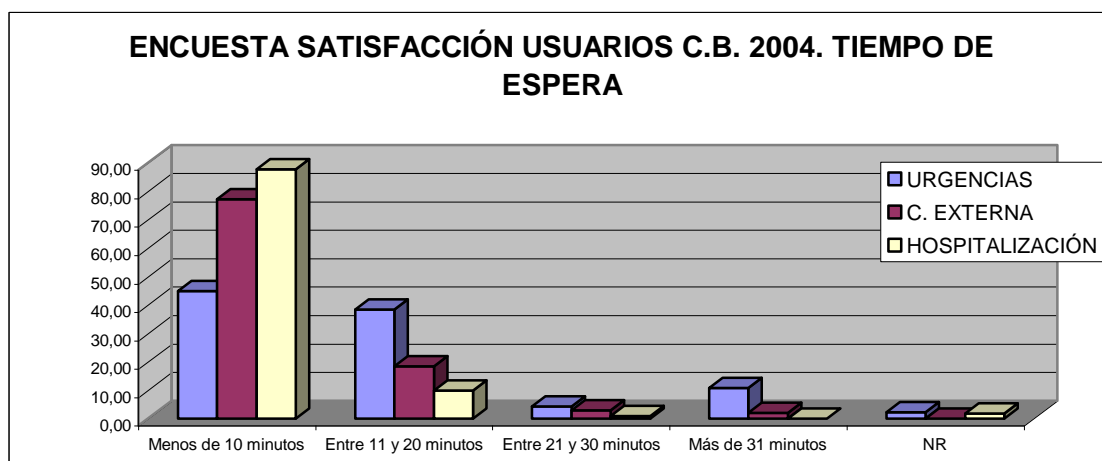
## ANEXO 4

### ENCUESTAS DE SATISFACCION CLINICA BOYACA

#### SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD AUDITORÍA MEDICA

##### ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS C.B. 2004

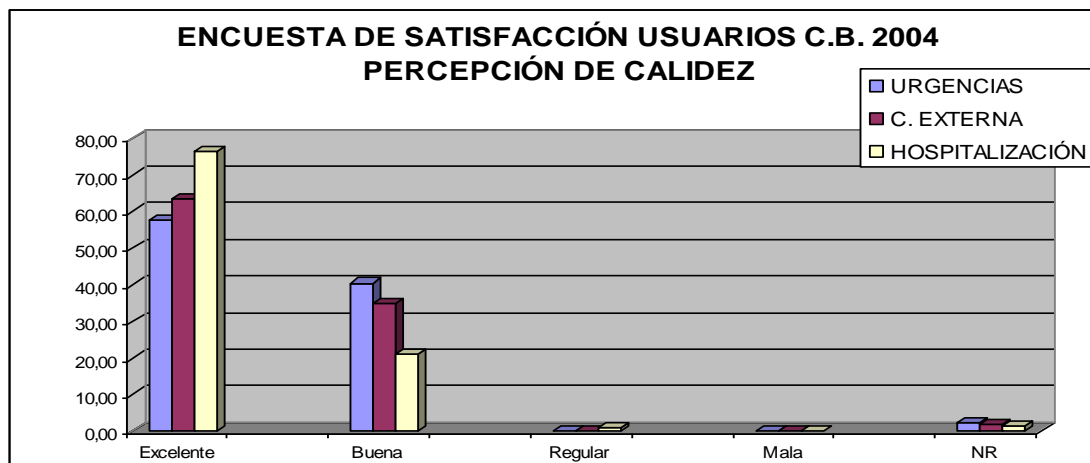
Para ser atendido debio esperar:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
1- Menos de 10 minutos	44,68	77,06	87,70
2- Entre 11 y 20 minutos	38,30	18,35	9,84
3- Entre 21 y 30 minutos	4,26	2,75	0,82
4- Más de 31 minutos	10,64	1,83	0,00
5- Mal diligenciado NR	2,13	0,00	1,64



#### SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD. AUDITORÍA MEDICA

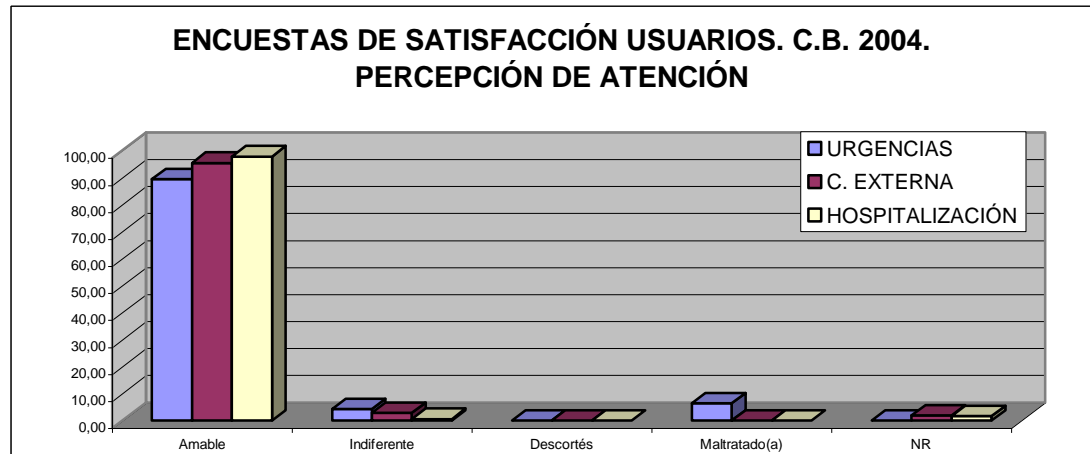
##### ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS C.B. 2004

En su opinión la calidad técnica o científica fue:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITAL
Excelente (quien le atendió mostró conocimiento amplio, su examen o actividad fue completa y le informó suficientemente)	57,45	63,30	76,50
Buena (quien le atendió mostró conocimiento adecuado, hizo un examen o actividad satisfactorio y le dio información),	40,43	34,86	21,04
Regular (quien le atendió mostró fallas en sus conocimientos, el examen o atención fueron superficiales y le dio mínima información)	0,00	0,00	1,09
Mala (quien la atendió mostró poco conocimiento, no realizó la actividad o examen, no le dieron información)	0,00	0,00	0,00
Mal diligenciado o no contesta	2,13	1,83	1,37



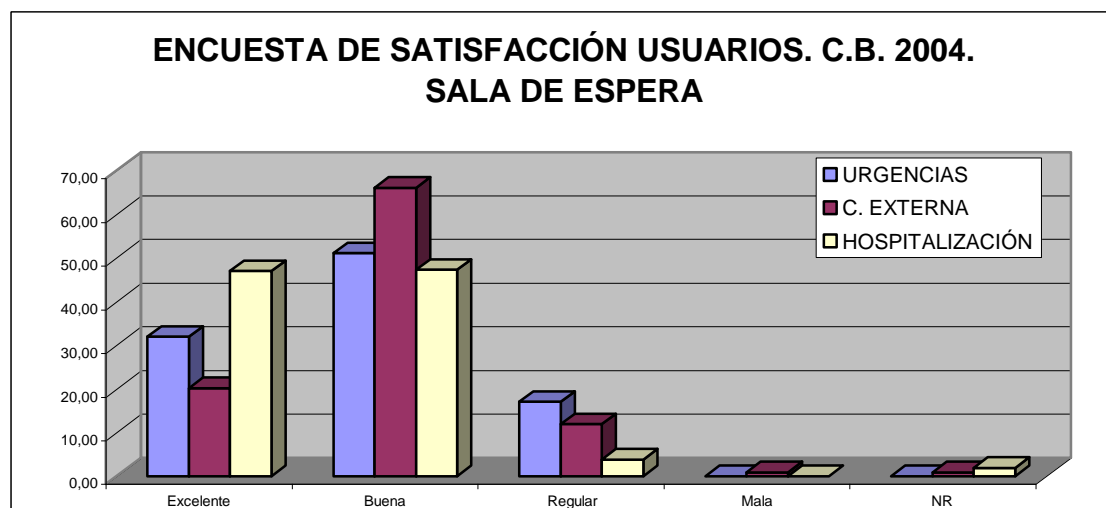
**SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD. AUDITORÍA MEDICA**  
**ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS C.B. 2004**

La atención recibida fue:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
1- Amable e interesada	89,36	95,41	97,81
2- Indiferente	4,26	2,75	0,55
3- Descortés y fría	0,00	0,00	0,00
4- Se sintió maltratado(a)	6,38	0,00	0,00
5- Mal diligenciado o no contesta	0,00	1,83	1,64



**SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD. AUDITORÍA MEDICA**  
**ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS C.B. 2004**

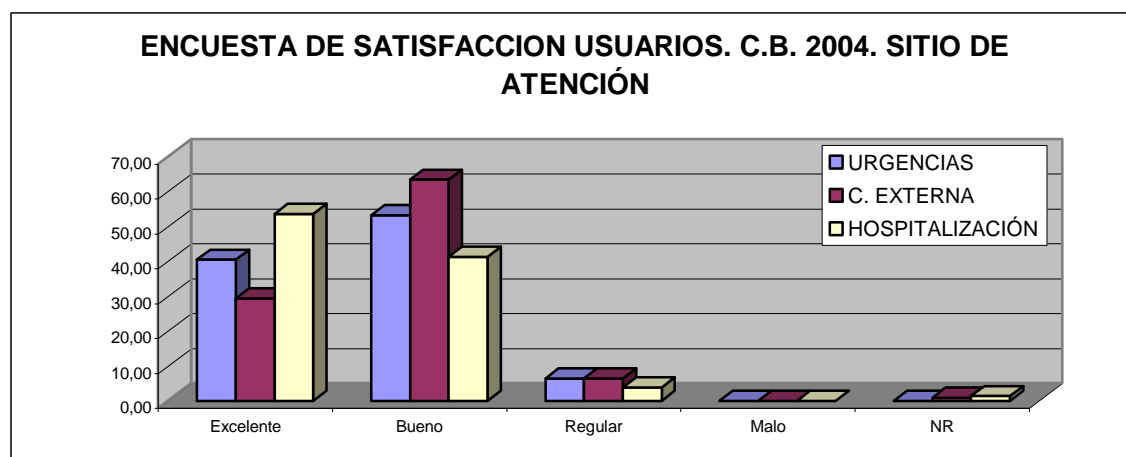
Cómo califica la sala de espera:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
Excelente	31,91	20,18	46,99
Buena	51,06	66,06	47,27
Regular	17,02	11,93	3,83
Mala	0,00	0,92	0,00
Mal diligenciado NR	0,00	0,92	1,91



**SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD. AUDITORÍA MEDICA  
ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS C.B. 2004**

Como califica las comodidades  
del sitio de atención:

	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
1- Excelente	40,43	29,36	53,55
2- Bueno	53,19	63,30	41,26
3- Regular	6,38	6,42	3,83
4- Malo	0,00	0,00	0,00
5- Mal diligenciado o no contesta	0,00	0,92	1,37





2003			
La atención recibida fue:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACION
1- Amable e intersada	88,14	93,46	93,68
2- Indiferente	9,32	3,74	2,11
3- Descortés y fría	0	0,00	0,00
4-Se sintió maltratado(a)	0,847	0,93	0,00
5- Mal diligenciado o no contesta	1,69	93,46	4,21
2004			
La atención recibida fue:	URGENCIAS	C. EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
1- Amable e interesada	89,36	95,41	97,81
2- Indiferente	4,26	2,75	0,55
3- Descortés y fría	0,00	0,00	0,00
4-Se sintió maltratado(a)	6,38	0,00	0,00

## REFERENCIAS

- Alonso, Luis Enrique. (1998): *La mirada cualitativa en Sociología*. Caracas. Editorial Fundamentos. Colección Ciencia.
- Aguirre Dávila, Eduardo. (1998): *Representaciones sociales*. Bogotá. UNAD
- Alvaro, José Luis. (2003): "Representaciones sociales " En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Madrid. Pub. Electrónica, Universidad Complutense. <http://ucm.es/info/eurotheo/diccionario>
- Berger, Peter L. y Luckmann Thomas. (2003): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires Amorrortu. 18 reimpresión.
- Navarro, Pablo y Díaz, Capitolina (1995): "Análisis de contenido", en Díaz Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (Coordinadores): *Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid. Síntesis, 1 reimpresión.
- Durkheim Emile. (1999): *Las reglas del método sociológico*. Navarra. Folio.
- Gualdrón de Aceros, Lucila. (1993): *Español*. Bucaramanga. Facultad de estudios a distancia. UIS. Mimeografiado.
- Habermas, Jürgen. (1999): *Teoría de la acción comunicativa I*. Madrid. Taurus Humanidades.
- Jaramillo Pérez, Iván. (Enero 2004). "Seguimiento al régimen subsidiado de salud". Periódico "El pulso". Año 5 No.64.
- Jodelet, D. (1986): "La representación social: Fenómeno, concepto y teoría" en Moscovici, S. (comp.) *Psicología Social*. Barcelona: Paidós.
- Ley 100 del 23 de diciembre de 1993
- Martín-Baró, Ignacio. (2001): *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San salvador. UCA. 11 Edición
- Martínez M, Miguel. (1991): *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Caracas
- Mattelart Armand y Mattelart Michèle. (1997): *Historia de las teorías de la comunicación*. Barcelona. Paidós.
- Montero, Maritza. (2003): *Teoría y práctica de la psicología social comunitaria*. Buenos Aires. Paidós
- Montero, Maritza. (2004): *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos

Aires. Paidós

- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemal. Buenos Aires
- Moscovici, Serge et al. (1986): *Psicología Social*. 1 edición castellana. Barcelona. Paidós.
- Muñoz G.; Quintero C.; Munévar M. (2001): *Como desarrollar competencias investigativas en educación?*. Bogotá. Aula Abierta Magisterio.
- Paredes, Ligia Marina. (1995): *Teoría Social de la Comunicación*. Bogotá. UNAD
- Polit, Denise y Hungler, Bernardette. (2000): *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. Mc Graw Hill 6 edición.
- Revista: Hospitalaria – ACHC - , año 4, No 21. 2002
- Revista: Hospitalaria – ACHC - , año 5, No 32. 2003
- Sánchez, José Fernando y Rodríguez Caporalli, Enrique. (1998): *Individuo, grupo y representación social*. Bogotá. UNAD.
- Schvarstein, Leonardo *Psicología social de las organizaciones*. Nuevos aportes. Paidós. 3 Reimpresión. Argentina. 1997
- Torres Carrillo, Alfonso (1998): *Enfoques cualitativos y participativos en investigación social*. Bogotá. UNAD
- [www.biosychology.org/biopsicologia/articulos.htm](http://www.biosychology.org/biopsicologia/articulos.htm)
- [www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml](http://www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml)
- [www.riod.org/asps/.%5Ccontenidos%5CBiblioteca%5CQue\\_es\\_una\\_RED\\_para\\_biblioteca.doc](http://www.riod.org/asps/.%5Ccontenidos%5CBiblioteca%5CQue_es_una_RED_para_biblioteca.doc).
- [www.scientology.org/helpspn/sh5](http://www.scientology.org/helpspn/sh5)
- [www.riod.org/asps/.%5Ccontenidos%5CBiblioteca%5CQue\\_es\\_una\\_RED\\_para\\_biblioteca.doc](http://www.riod.org/asps/.%5Ccontenidos%5CBiblioteca%5CQue_es_una_RED_para_biblioteca.doc)
- [www.Tiempo.com](http://www.Tiempo.com). Portal de gerontología